FIOCRUZ

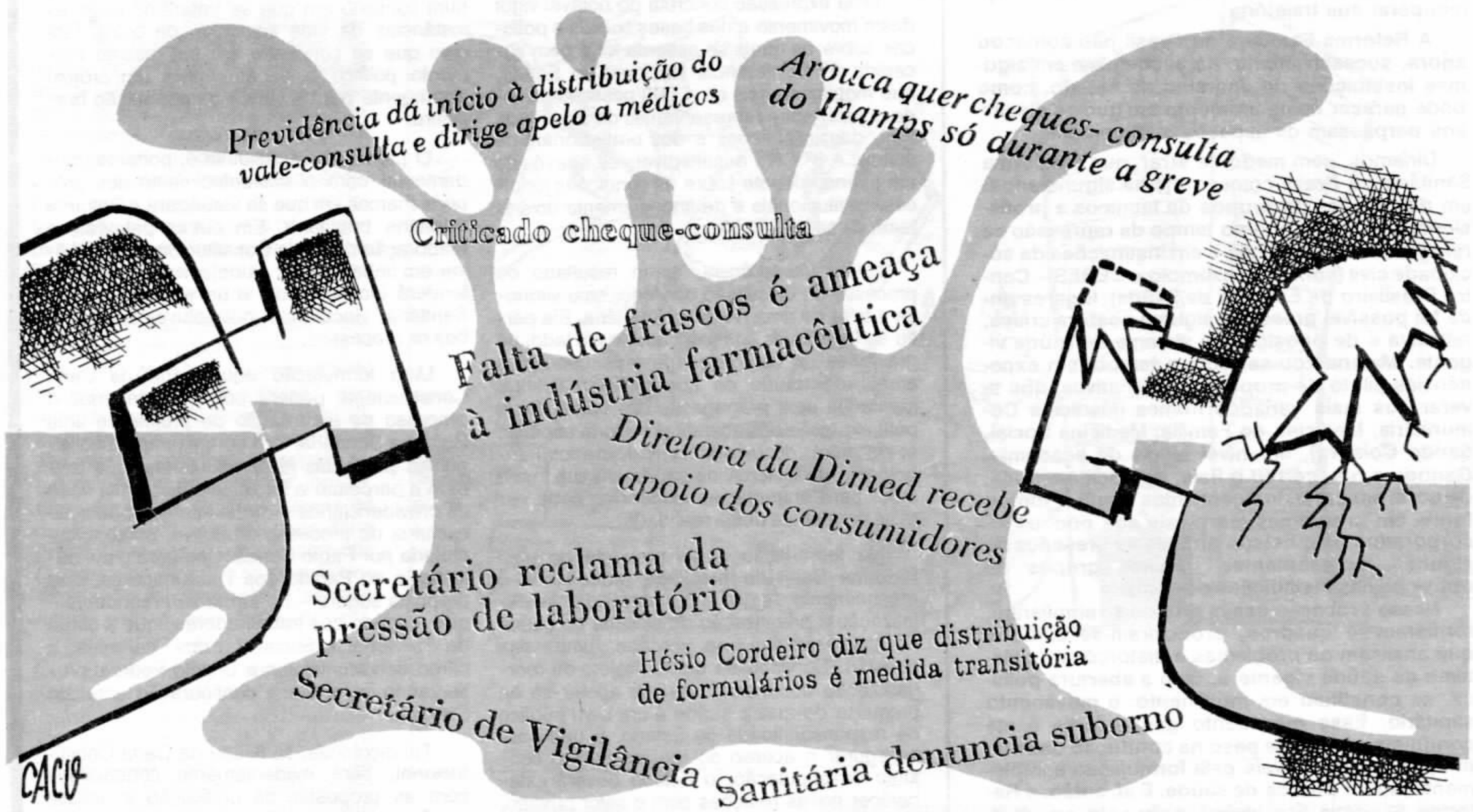
súmula

15

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Manguinhos

ANO IV/DEZEMBRO DE 1986



AS CRISES DA SAÙDE

No mês de agosto configurou-se uma grave crise no setor de medicamentos, que perdura até hoje. Nas farmácias, a desaparição de muitos remédios acrescentou ao consumidor mais um item em sua lista de faltas. E por tratar-se eventualmente de medicamentos essenciais, tal fato revestiu-se muitas vezes de conotações dramáticas. Algumas entidades da sociedade civil fizeram levantamentos e constataram que chegava a mais de oitenta o número de medicamentos que, literalmente, "desapareceram" do mercado.

Na área de produção, a falta de diversos insumos para a confecção de medicamentos e a redução de entrega de vidros para embalagens, por parte das indústrias, desvendou muito mais coisas do que um simples despreparo para atender a um rápido aumento da demanda. O lançamento de vários produtos "maquiados", com preços evidentemente maiores que os estipulados para seus similares, tornou-se uma prática generalizada por todo o país.

No espaço institucional, as inúmeras pressões pela demissão de Suely Rosenfeld da direção da DIMED – Divisão Nacional de Medicamentos – confrontaram-se com um avassalador movimento de resistência democrática, desenvolvido por profissionais, associações e instituições das mais diversas áreas, empenhados todos na continuação da proposta de trabalho desenvolvida por Suely.

Sobre este "campo crítico" instaurado na área de medicamentos fomos conversar com o Dr. Oswaldo Campos, sem dúvida uma das maiores autoridades sobre o assunto. Dr. Oswaldo é médico sanitarista, superintendente da FURPE – Fundação do Remédio Popular do Estado de São Paulo; Coordenador da CMB – Coordenação dos Medicamentos Básicos – Gabinete do Secretário/Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Saúde Coletiva fez seu 1º Congresso Nacional

A declaração final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO está na pág. 4

A Reforma Sanitária toma corpo (pág. 5)

Mortalidade Infantil: os métodos de cálculo das taxas. Opinião (pág. 15)

Editorial

A REFORMA SANITÁRIA TEM HISTÓRIA

Ainda que apenas recentemente se fale da Reforma Sanitária Brasileira, como um desejo e uma necessidade, esse projeto não é uma novidade que brota do solo fértil do período pré-Constituinte em que nos encontramos.

A discussão da transformação setorial ganha atualidade e canais de expressão no momento presente, sem dúvida, mas é importante recuperar sua trajetória

A Reforma Sanitária no Brasil não começou agora, sucessivamente na academia e em algumas instituições do aparelho de Estado, como pode parecer neste momento em que os discursos perpassam os espaços institucionais

Diríamos, sem medo de errar, que a Reforma Sanitária no Brasil começou já há alguns anos, em discussões de grupos de técnicos e profissionais do setor, que no tempo da repressão se refugiaram na academia e em instituições da sociedade civil (como por exemplo o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), lugares onde foi possível preservar alguma postura crítica, reflexiva e de oposição ao sistema de saúde vigente. Materializou-se, com o tempo, em experiências-piloto de propostas alternativas, que tiveram os mais variados nomes (Medicina Comunitária, Medicina de Família, Medicina Social, Saúde Coletiva), em nível ainda da academia. Ganhou a rua, correu o País, de boca em boca, de porta em porta, indigente mas digna, e tomou forma em programas marginais aos poucos incorporados pelo Estado através da presença de alguns "representantes" desses grupos de oposição nas instituições do setor.

Nesse processo esses grupos se ampliaram, formaram-se quadros, produziram-se estudos que analisam os problemas e distorções do sistema de saúde vigente e, com a abertura política, se constituiu em movimento: o movimento sanitário. Esse movimento ganha força e até conquista postos de peso na condução das instituições responsáveis pela formulação e implementação da política de saúde. E aí, então, a Reforma Sanitária fica visível, enquanto possibilidade e objetivo.

Ou seja, o que queremos frisar, é que as idéias não surgem do nada e que as conquistas não são mágicas. São fruto de luta, de conflito, de impasses, construídos no cotidiano da vida.

Temos ainda várias fases e etapas a caminhar. O recente 1º Congresso Nacional de Saúde Coletiva, da ABRASCO, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em curso desde o ano passado e agora com os temas específicos, são alguns dos ossos foruns e espaços de debate. Precisamos, entretanto, de mais, pois, como diz Giovanni Berlinguer, "saúde não se obtém por lei ou por decreto. Seria até bom se assim fosse, mas não é".

Por isso falamos em processo, e processo o é.

CÉLIA MARIA DE ALMEIDA

Saúde e Constituinte

CONSTITUINTE E REFORMA SANITÁRIA

Cristina Possas

O movimento nacional pela democratização da saúde, que se consolidou nos anos mais negros do autoritarismo, emerge hoje com toda a força numa conjuntura política peculiar e bastante favorável à concretização de conquistas sociais duradouras.

Uma expressão concreta do notável vigor deste movimento e das bases sociais e políticas sobre as quais se assenta foi a bem sucedida 8ª Conferência Nacional de Saúde, que mobilizou mais de 4.000 pessoas de todo o país, entre representantes da sociedade civil, das instituições e dos profissionais de saúde. A 8ª CNS desenvolveu-se através de um intenso debate sobre as condições jurídicas, institucionais e de financiamento do sistema de saúde brasileiro.

Nesta Conferência, como resultado do processo de discussão ocorrido, saiu vitoriosa a tese de uma Reforma Sanitária. Ela partiu de uma dupla constatação: de um lado, da gravidade e complexidade das condições atuais de saúde da população brasileira, marcadas pela propagação das epidemias e pela explosão dos acidentes de toda espécie; e, de outro, do reconhecimento da total impotência do sistema de saúde em sua forma atual para enfrentar as exigências cada vez mais prementes desta realidade.

Na formulação desta proposta de uma Reforma Sanitária brasileira predominou o entendimento de que a polarização entre estatização e privatização do sistema de saúde no país constitui, na verdade, uma falsa questão. Concluiu-se que o projeto de reorganização deste sistema deve apoiar-se na premissa de que a saúde é um bem público de responsabilidade do Estado. E que para assegurar o acesso ao mesmo para o conjunto da população, o Estado deverá estabelecer novas relações com o setor privado, regidas pelo direito público e não mais pelo direito privado, garantindo desta forma o controle e a fiscalização sobre os serviços prestados.

Esta Reforma, condição necessária para a reorganização efetiva do sistema de saúde no país, terá seu início, conforme a proposta da 8ª Conferência, com os trabalhos da Comissão da Reforma Sanitária recém-criada, de âmbito nacional, composta por representantes dos Ministérios envolvidos, dos profissionais de saúde e demais entidades representativas da sociedade civil.

Vale ressaltar que esta tese da Reforma Sanitária emergiu, com muita propriedade, em um momento singular da nossa história política: o da elaboração da Carta Constitucional, quando se proporá o reordenamento jurídico e institucional de toda a vida social brasileira.

A simultaneidade da elaboração da Constituição com a formulação de um projeto de Reforma Sanitária vinculado à legislação ordinária permitirá, de um lado, evitar a excessiva setorialização da questão da saúde, num contexto em que se tratará de todas as instâncias da vida social; e, de outro, fará com que se concentre em um mesmo momento político o debate sobre um projeto abrangente para a saúde da população brasileira.

O processo Constituinte é, portanto, fundamental para o estabelecimento dos próprios marcos em que se viabilizará a Reforma Sanitária brasileira. Em outras palavras, a elaboração da Carta Constitucional deverá fixar em linhas gerais os objetivos que se pretenderá alcançar com o projeto de Reforma Sanitária, vinculando indissoluvelmente ambos os processos.

Uma formulação equivocada da Carta Constitucional poderá pôr a perder todo o processo de elaboração do projeto de uma Reforma Sanitária. Um bom exemplo são algumas propostas já apresentadas, que tendem a perpetuar a tradicional dicotomia entre os previdenciários e o restante da população excluída do processo produtivo, como a formulada por Fabio Konder Comparato por solicitação do Partido dos Trabalhadores. Esta proposta sugere – de forma surpreendente – que a saúde dos trabalhadores fique a cargo da Previdência Social e a dos "carentes" a cargo dos Municípios e Distrito Federal preservando com isto a configuração atual do Sistema.

Tal dicotomia, se fixada na Carta Constitucional, será evidentemente contraditória com as propostas de unificação e acesso equânime dos cidadãos ao sistema de saúde defendidas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e que deverão fundamentar qualquer projeto razoável de Reforma Sanitária neste país.

Muito já foi dito sobre os limites colocados pela fragmentação e complexidade que marcam hoje a vida partidária e sindical no país, abrindo espaço para as pressões econômicas e a emergência do conservadorismo. Contudo, pode-se afirmar que, pelas razões apontadas, a luta política pela indicação de deputados Constituintes identificados com os projetos mais conseqüentes de transformação social constitui certamente uma oportunidade única a ser aproveitada em toda a sua extensão e de forma unitária pelas forças progressistas da sociedade brasileira.

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

súmula

RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde

Projeto desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** e pelo **Centro de Informações para a Saúde** da **Fundação Oswaldo Cruz**, com a colaboração do INAMPS.

Conselho Editorial: Célia M. de Almeida (Coordenadora do RADIS/Representante da Presidência da FIOCRUZ); Paulo Buss (ENSP/ABRASCO); Sérgio Góes da Paula (CIS); Célia Landmann (CIS); Eliana Labra (CEBES); Celia L. Szwarcwald (Coord. do DADOS) e Ralph Viana (Assessor do RADIS). **Coordenação do Projeto RADIS:** Célia M. de Almeida.

Súmula é uma publicação que além de resumir as principais notícias sobre saúde publicadas na imprensa, propõe-se a fazer uma análise da conjuntura setorial, ressaltando assuntos prioritários ou que estiveram em destaque no período. As fontes nas quais se baseia são: "O Globo", "Jornal do Brasil", "Última Hora", "Tribuna da Imprensa", "O Dia", "Folha de São Paulo", "O Estado de São Paulo", "Gazeta Mercantil", "Veja", "Isto É", "Afinal", levantadas pelo serviço de recortes da FIOCRUZ. Além dessas, outras fontes são consultadas, como boletins específicos de instituições e textos elaborados por profissionais da área de saúde.

Editor: Célia M. de Almeida; **Texto:** Carlos Xavier (Caco); **Externas:** Janine Cardoso; **Arte:** Victor Ebraico; **Secretaria:** Tania Christini; **Clip:** Simone Oliveira; **Revisão:** Carmen Navarro Rivas; **Ilustrações:** Carlos Xavier; **Colaboração:** Coordenadoria de Comunicação Social da FIOCRUZ – Ana Maria M. Palma; **Assessoria de Imprensa da Presidência da FIOCRUZ:** Thereza Christina de A. Tavares. *As opiniões expressas em SÚMULA não representam necessariamente a posição oficial da instituição. Permite-se a transcrição de matérias e artigos, desde que citada a fonte.*

Tiragem: 50.000 exemplares; **Distribuição:** Direta, via correios, para estudantes e profissionais da área de saúde; **Composição:** Robertom; **Fotolitos e Impressão:** Gráfica Impressora.

Assinatura – Em conjunto com TEMA e DADOS: Cz$ 50,00 (anual). **SÚMULA/RADIS** – Rua Leopoldo Bulhões 1480 – 1º andar – CEP 21041 – Tel. 290-6594.

O IMPACTO DO CHEQUE-CONSULTA

A segunda semana do mês de setembro trouxe a notícia da adoção, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, de medidas facilitadoras da obtenção dos serviços previdenciários, como alternativa à paralisação proporcionada pela greve nacional dos funcionários. Essa greve, segundo o comando, teria sido provocada pelo não atendimento de reivindicações que já têm sido encaminhadas por esse movimento desde o ano passado.

Entre essas medidas está a implantação em caráter emergente e transitório da "Guia de atendimento médico – Consulta simples", conhecida como "Cheque-consulta", formulário distribuído à população através das agências de correio ou mesmo como encarte dos jornais, que permite ao cliente a procura de qualquer médico em seu consultório privado e o pagamento da consulta (no valor de Cz$ 40,00) pela Previdência Social mediante o simples envio, pelo correio à DATAPREV, do formulário preenchido.

O controle será efetuado pela inscrição do PIS/PASEP ou do nº do carnê de contribuição do beneficiário, junto com o nº do CRM, o do CPF, a assinatura e o carimbo do médico que atendeu. Cada profissional pode consultar o mesmo cliente três vezes ao mês e o pagamento será depositado diretamente na conta bancária do médico.

Essa forma aparentemente prática e simples de resolver os problemas de atendimento médico da população previdenciária frente ao impasse da greve traz, entretanto, alguns problemas sérios que merecem uma reflexão cuidadosa.

O que significa de fato esse credenciamento universal de médicos pela Previdência Social e a "universalização" do atendimento proporcionado dessa maneira, ainda que como medida emergencial e transitória?

Poderíamos supor que tal procedimento resolveria o problema de atendimento médico dos segurados num momento de crise, causado pela greve, e quem sabe até teríamos descoberto uma fórmula que permitiria superar os estrangulamentos do sistema, caso a experiência emergencial fosse bem sucedida, hipótese essa que chegou inclusive a ser anunciada pelo Ministro da Previdência Social, Raphael de Almeida Magalhães.

Deve-se destacar, porém, que não é a primeira vez que se tenta colocar em prática essa política de assistência médica, sendo que as propostas anteriores sempre se constituíram em fracasso. Assim, recordemos um pouco a história:

PÉSSIMOS ANTECEDENTES

Em 1968, o Plano Nacional de Saúde, do então Ministro da Saúde Leonel Miranda, propunha entre outras coisas a "livre-escolha", que era exatamente a mesma proposta do cheque-consulta. Experiências-piloto foram realizadas para a implantação do plano e fracassaram pois, em muito pouco tempo, gastaram-se milhões sem qualquer benefício efetivo para a população.

Em 1974, com o Plano de Pronta Ação – PPA, fez-se nova tentativa com outra roupagem, sendo que aqui o atendimento podia ser feito em qualquer serviço, desde que caracterizado como urgência. O que ocorreu é que rapidamente tudo virou urgência (como defini-la?) e, mais uma vez, os gastos e a dificuldade de controle foram responsáveis pela suspensão do plano.

Já em 1979, quando Harry Graef era presidente do INAMPS, elaborou-se proposta que tinha como objetivo a adoção do "cheque-consulta". Desta vez o valor da consulta não era prefixado e oscilava em função do número produzido em determinada região: se fosse baixo, o preço da consulta seria apreciável e em caso contrário, baixaria. Essa proposta não chegou nem a ser implementada.

Tanto o Plano Nacional de Saúde quanto o P.P.A. malograram completamente em relação a seus propósitos de aperfeiçoar o atendimento médico à população. Em contrapartida, contribuíram de forma inequívoca para a opção privatista da Assistência Médico-Hospitalar, característica desse período, com as inúmeras conseqüências já conhecidas da população: mal atendimento, fraudes, corrupção e dilapidação financeira da Previdência. O malogro dessas experiências não propiciou as condições políticas, sociais e institucionais para que se conseguisse implantar o cheque-consulta, ainda que isto correspondesse aos interesses dos grupos privatizantes, que dispunham de poder de pressão no interior do Estado.

PROGRESSO OU RETROCESSO?

Para os defensores do cheque-consulta poderiam listar-se algumas vantagens desse procedimento, o que estimularia a sua adoção de forma permanente. Assim teríamos:

- livre acesso do paciente ao médico.
- fim das filas para atendimento.
- eficiência no pagamento dos serviços pelo INAMPS, eliminando os trâmites burocráticos.
- aumento do rendimento dos profissionais.
- aumento rápido da oferta de consultas à população.
- superação dos entraves produzidos por greves ou intercorrências institucionais.
- melhor qualidade do atendimento, uma vez que prestado pelo setor privado.

Entretanto, um olhar um pouco mais atento evidencia que essa eficácia e eficiência não têm possibilidade de se verificar, além do que a implantação desse procedimento acentua uma visão estreita da atenção à saúde onde apenas um componente, a consulta médica, é privilegiado.

Senão, vejamos.

Esse credenciamento universal não garante que o problema do paciente seja resolvido uma vez que todos os demais componentes do atendimento – medicamentos, exames complementares, internações – sofrerão estrangulamentos. Não traz qualquer avanço em termos da definição de responsabilidades de cobertura assistencial, excluindo da possibilidade do atendimento parcela importante da população, não engajada no mercado formal de trabalho. Por outro lado, não resolve o problema de atendimento de áreas carentes, ou as diferenças urbano/rural e regionais, concentrando ainda mais a utilização dos recursos nos grandes centros, onde se localizam os profissionais.

Apesar de seu caráter aparente de possibilitar a universalização do atendimento médico, a implantação dessa medida pode-se constituir em fator incontrolável de corrupção e de fraude, não existindo procedimentos eficientes que permitam controlar tanto a qualidade do atendimento como a quantidade das consultas realizadas. Assim estimulará o médico a empregar mecanismos de fixação e captação de clientela (intermediários, ágios, complementação do preço da consulta pelo paciente, etc.), para garantir a remuneração, assim como a utilizar fraudes para aumentar o preço das consultas (enviar três formulários a serem cobrados após uma única consulta).

Dessa maneira, pode-se inviabilizar qualquer previsão orçamentária para o INAMPS e, conseqüentemente, qualquer possibilidade de programação de atividades. Destróem-se assim, completamente, todos os esforços de integralização das ações de saúde, com visível prejuízo para as Ações Integradas de Saúde, política assumida pelo atual governo como uma estratégia para a reformulação setorial. As perspectivas de fortalecimento e de recuperação do setor público e de integração com o setor filantrópico desaparecem, uma vez que os recursos previdenciários podem escoar-se rapidamente apenas por essa via. Corre-se o risco de acelerar o processo de sucateamento definitivo dos serviços públicos e desvaloriza-se de uma vez por todas o trabalho médico institucional.

Assinalaríamos ainda que a guia de consulta simples pode representar um retrocesso na formulação da política de assistência médica, reforçando a dicotomia preventivo/curativo, em detrimento dos princípios da Reforma Sanitária, além de que pode significar um rompimento brusco com as diretrizes políticas discutidas e aprovadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, impedindo a universalização e a eqüidade do atendimento e negando a saúde como um direito de todos os habitantes do País.

PRECEDENTE PERIGOSO

O caráter emergencial e transitório da medida, reafirmado e assegurado pelo Dr. Hésio Cordeiro, Presidente do INAMPS, atenua um pouco o perigo, mas não invalida as considerações feitas acima. O simples fato da sua vigência por um período ainda que curto, abre um precedente perigoso para a formulação da política previdenciária de assistência médica.

É importante notar também que a implantação dessa medida se deu de forma apressada e inusitada, uma vez que, ao que tudo indica, inclusive segundo informações do próprio MPAS, não houve prejuízo importante do atendimento de emergência aos segurados, preservado pelos grevistas, e mesmo a greve não teve as repercussões e o impacto esperados, sendo que em alguns estados foi mesmo inexpressiva. Tanto isso é verdade que na primeira semana de utilização da guia de atendimento poucos formulários foram procurados pela população nas agências de correio. Por outro lado, de forma muito mais rápida, começam a aparecer, não se sabe bem como, nas casas das pessoas, as guias de atendimento já com o nome e endereço de médicos disponíveis para atendimento.

Também é necessário registrar que, pelo menos no Rio de Janeiro, várias entidades e instituições se posicionaram contra a medida, sendo que no 1º Congresso Nacional de Saúde Coletiva, da ABRASCO, foi unânime o repúdio ao cheque-consulta, com manifestações de protesto vindas também de outros estados, e vários documentos foram apresentados denunciando os riscos que se corre com esse procedimento.

Ainda no mesmo Congresso, o Dr. Hésio Cordeiro reafirmou que a guia de consulta médica é uma medida emergencial e transitória que na sua administração não será implantada de forma permanente, reiterando o compromisso do INAMPS com os propósitos da Reforma Sanitária e o seu engajamento no processo em que vivemos.

De qualquer forma, tomar decisões como essa que colocam seriamente em risco a qualidade da assistência médica prestada e a possibilidade de reformulação setorial para a melhoria das condições de saúde da população, é no mínimo temerário e uma prática antiga que a Nova República tem obrigação de rever.

Célia Maria de Almeida

DOCUMENTO

DECLARAÇÃO FINAL DO 1º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

O 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro, de 22 a 26 de setembro de 1986, com a participação de 2000 profissionais da área da saúde coletiva, oriundos dos diversos Estados, representa avanço significativo da Reforma Sanitária Brasileira:

- porque assumimos, na prática, a concepção ampla de saúde referendada na VIII Conferência Nacional de Saúde e alcançamos incorporar, ao campo da Saúde Coletiva, áreas do conhecimento imprescindíveis à plena realização do direito à saúde;

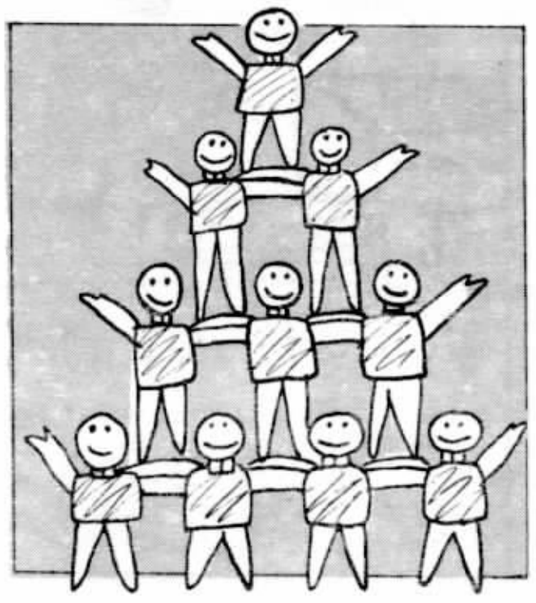
- porque fomos capazes de criar propostas técnicas que representam estratégias concretas da implementação das transformações necessárias à criação de um sistema único de saúde, de caráter estatal, descentralizado e controlado pela sociedade, equânime e universalizado no atendimento integral às reais necessidades da população;

- e porque neste evento foi reafirmada a unidade de todas as forças progressistas em torno das propostas aprovadas na VIII CNS e foram construídas e fortalecidas estratégias políticas necessárias à condução correta de nossa luta pela transformação do alarmante quadro sanitário e do caótico sistema de saúde com que convivemos nos dias atuais.

Nesse sentido, não basta apenas afirmar que a saúde deve ser entendida de forma ampliada como uma adição de diferentes elementos que a compõem, mas sim compreendê-la como um processo social, produto do perverso modelo de acumulação capitalista de uma sociedade estreitamente independente do capital estrangeiro. Modelo esse que se traduz em profundas e inaceitáveis desigualdades sociais, exemplificadas nas questões da posse da terra, da forma predatória de exploração da força de trabalho, das condições de vida urbana e rural.

Essa realidade espelha-se na incidência cumulativa de doenças características do subdesenvolvimento e do desenvolvimento desordenado, que perversamente vitimam a classe trabalhadora. As políticas de saúde das últimas décadas não incorporaram o conhecimento técnico e científico disponível, capaz de sanar grande parte desses males, porque se subordinaram aos interesses capitalistas de acumulação e privatização da saúde.

O processo de redemocratização do país, em que pesem as propostas de transformações objetivando o resgate da dívida social, não logrou os esperados efeitos sobre os setores sociais. Isso porque as políticas sociais continuam sendo equacionadas a partir de critérios de eficiência econômica e como mera decorrência de investimentos do setor produtivo da economia enquanto a nossa riqueza continua a ser canalizada para o pagamento da dívida externa. Acresce-se a isso o deliberado sucateamento do setor público, que serve como justificativa



de uma falaciosa concepção da natureza intrinsicamente ineficiente desse setor.

As possibilidades de reversão desse quadro implicam na contínua mobilização e organização das forças sociais comprometidas com a luta pela implantação de uma Reforma Sanitária e pela garantia constitucional do direito à saúde como dever do Estado.

A ABRASCO se alia a todos aqueles que almejam a democratização da saúde e acredita que só através da nossa organização coletiva alcançaremos legitimar as medidas que avançam na direção da Reforma Sanitária e impedir, com a nossa vigilância constante, qualquer retrocesso no curso desse processo.

Nesse sentido, reafirmamos:

- a necessidade da continuidade no processo de mobilização social em torno da Reforma, iniciando com a VIII CNS;

- o apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária para que esta se legitime e ganhe força para propor as transformações que se fazem necessárias;

- o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS enquanto um passo na valorização do setor público e o decidido repúdio a medidas privatizantes como o Cheque-Consulta, as quais representam um retrocesso inaceitável no processo democrático na saúde;

- a necessidade de construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, capaz de organizar a base social e política que viabilizará as mudanças requeridas;

- e o nosso engajamento decisivo no processo constitucional, estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inscrito na Nova Constituição e comprometendo desde agora os candidatos com as propostas da Reforma Sanitária.

O 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva não se encerra em si mesmo. Continuaremos mobilizados e organizados na difusão da nossa proposta para os constituintes, para os profissionais, para toda a sociedade. Utilizaremos todos os instrumentos que dispomos para aumentar nossas forças e preservar nossa vigilância crítica.

Nesse sentido, recomendamos que sejam organizados fóruns de debate e mobilização em todos os cantos do país, articulando assim as representações dos trabalhadores, comunidade, instituições, partidos políticos, universidades, etc.; em níveis municipal, local e estadual. Desta forma concretizaremos ainda mais a discussão sobre a Reforma Sanitária conquistando o necessário respaldo organizativo da sociedade para a sua definitiva implantação.

Rio de Janeiro, 26 de setembro de 1986.

SÚMULA 15

REFORMA ADMINISTRATIVA

FINEP

No início do mês de setembro correram rumores de que no bojo da Reforma Administrativa que vem sendo preparada pelo governo, estaria a proposta de extinção da FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos do Ministério de Ciência e Tecnologia. Em artigo publicado no Jornal "Tribuna da Imprensa", Marcio Moreira Alves denuncia que estaria sendo prevista "a extinção da empresa, com o repasse do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico para o BNDES", observando ainda que esta notícia estaria sendo escamoteada à comunidade científica e ao Congresso Nacional.

Embora nada de concreto tenha sido noticiado, nunca é demais lembrar que onde há fumaça há fogo. Ao que tudo indica, esta é mais uma investida daqueles que, abanando brasas, querem provocar uma fogueira atacando, sem qualquer justificativa aceitável, este órgão fundamental de fomento à autonomia científica e tecnológica no país.

IBGE

Já está na mesa do Ministro João Sayad o projeto de Reforma Administrativa do IBGE, sob a orientação de Edmar Bacha. As sugestões principais seriam reduzir de sete para quatro o mínimo de diretores da instituição, a eliminação de cerca de 1.000 cargos em comissão e a extinção de 17 superintendências.

A proposta seria louvável se os objetivos fossem apenas os de racionalizar o funcionamento da máquina estatal. O problema está nas diretorias que seriam extintas. Parece que uma que deixaria de existir seria a que trata dos estudos dos indicadores sociais, que passariam a ser um apêndice daquela que trata dos índices de política econômica. Como não é apenas uma questão de nomes e subordinações, essa mudança significaria um retrocesso importante no IBGE, depois de tantos anos de luta para estruturar um setor que privilegiasse o melhor conhecimento da área social.

Se é correto que a burocracia está "inchada", também não é menos certo que não se pode fazer mudanças arbitrárias sem uma melhor discussão. Está na rua o debate.

REFORMA SANITÁRIA

INSTALADA A COMISSÃO NACIONAL

Um importante passo para o projeto de transformação no setor saúde foi dado em Brasília, no dia 9 de setembro, com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Esta importância advém das atribuições desta Comissão: propor, num prazo de 180 dias, um novo modelo de sistema de saúde unificado e descentralizado em nível municipal – de forma a garantir acesso e atendimento pleno à população, como direito adquirido e dever do Estado, como ficou decidido na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A Comissão é formada por 24 membros: 12 representantes do governo e 12 da sociedade civil (veja quadro), inclusive dos serviços privados de saúde.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi criada através de portaria interministerial assinada pelos ministros da Saúde, Roberto Santos, da Previdência Social, Raphael de Almeida Magalhães, e da Educação, Jorge Bornhausen. Sua instalação se deu em Brasília, no dia 9 de setembro deste ano e a Comissão ficou assim constituída:

Coordenação: José Alberto Hermógenes (Secretário-Geral do Ministério da Saúde); **Fundação Oswaldo Cruz:** Sérgio Arouca (Presidente); **Ministério da Previdência:** José Saraiva Felipe (Secretário de Serviços Médicos) e Hésio Cordeiro (Presidente do Inamps); **Ministério da Educação:** Paulo Elpídio (Secretário de Educação Superior); **Ministério do Trabalho:** Antonio Alves de Souza (Subsecretário de Medicina do Trabalho); **Ministério do Desenvolvimento Urbano:** Carlos Henrique Alves Mendes (Secretário de Saneamento); **Ministério da Ciência e Tecnologia:** José Eduardo Cacciolato; **Seplan:** Sólon Magalhães Viana (Coordenador da Área de Saúde do IPEA); **Secretarias Estaduais de Saúde:** Ronei Edmer Ribeiro (Presidente do CONASS e João Yunes (Secretário de Saúde de São Paulo); **Secretaria Municipal de Saúde:** Nelson R. Santos (Campinas); **CONTAG:** André Montalvão da Silva (Secretário-Geral); **CUT:** Maria Luiza Jaeger (RGS); **CGT:** Roberto Assis Ferreira (Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro); **Confederação Nacional das Indústrias:** Maria de Fátima Mota (Coordenadora Técnica de Higiene, Segurança Industrial e Controle de Poluição); **Confederação Nacional do Comércio:** Francisco Dellaxe (Presidente da Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde); Confederação Nacional de Agricultura: a definir; **Confederação Nacional das Misericórdias:** Geraldo Justo (Presidente); **Federação Nacional dos Médicos:** Carlos Saraiva (Vice-Presidente); **Federação Brasileira de Hospitais:** Sílio Andrade (presidente); **CONAM:** a definir; **Presidente da Comissão de Saúde da Câmara Federal:** Dep. Carlos Sant'Anna; Presidente da Comissão de Saúde do Senado.

A Secretaria Técnica ficou a encargo do Prof. Arlindo Fábio Gomes de Souza, Vice-presidente de Desenvolvimento da FIOCRUZ, que vai coordenar as atividades dos vários grupos de trabalho daquela secretaria.

Durante a cerimônia de instalação, o Ministro da Saúde, Roberto Santos, afirmou que a melhoria da saúde da população só será possível através da regionalização dos serviços, integração de todo o sistema e criação dos distritos de saúde. O ex-ministro da Saúde, Carlos Sant'Anna, enfatizou a importância do momento, lembrando que o Brasil já perdeu dois importantes espaços para iniciar a Reforma Sanitária: no início da Nova República, quando não houve consenso para a transferência do Inamps para o Ministério da Saúde, e, com isso, a unificação dos serviços de saúde; e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, pois nada de concreto foi consumado no setor. Advertiu Carlos Sant'Anna que a última esperança é a Assembléia Nacional Constituinte, pois se não acontecer desta vez, "a Reforma não será implantada neste século".

Mas para Sérgio Arouca, Presidente da FIOCRUZ, "o governo assumiu, definitivamente, a reforma do setor saúde, que será feita por três ministérios – Saúde, Previdência Social e Educação – garantindo o encaminhamento das propostas aprovadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde." Arouca acredita que não há mais tempo para esperar e defende a execução gradual das propostas que serão debatidas na comissão para a reformulação da política nacional de Saúde.

O presidente da Comissão de Reforma Sanitária, Luiz Alberto Hermógenes, Secretário-Geral do Ministério da Saúde, também é de opinião que muitas propostas que serão aprovadas pela Comissão não devem esperar pela Constituinte para serem implantadas. Ressaltou ainda que a necessidade de participação da população na gestão destas medidas e de um amplo controle social.

Falando em nome da comunidade científica, representada pela Abrasco, o Prof. Paulo Buss apoiou a iniciativa e manifestou a posição de "vigilância crítica" que a comunidade científica manterá em relação aos desdobramentos dos trabalhos da Comissão e dos ministérios envolvidos.

Os trabalhos da Comissão tiveram início com uma tese de consenso entre todos os 24 participantes: "Nada de radicalismos. Nem estatização nem privatização dos serviços de saúde. O importante é que a população seja atendida, e bem, quer seja por parte dos serviços públicos ou privados. Há otimismo com relação aos trabalhos da Comissão de Reforma Sanitária. João Yunes, representante dos secretários de saúde, sintetizou o que acredita ser a aspiração da maioria dos componentes da Comissão: "chegou a vez de ser feita uma Reforma Sanitária nos mesmos moldes e importância como foi deflagrada a reforma econômica".

Deverão ser realizadas entre nove e dez encontros da Comissão até concluir a proposta de unificação do sistema de saúde e todas as demais medidas de transformação do setor. Para acompanhar de perto este importantíssimo processo, o Projeto RADIS lançará uma publicação especial, o *JORNAL DA REFORMA SANITÁRIA*, trazendo o noticiário completo, as opiniões dos profissionais do setor e os documentos principais da Reforma Sanitária. Aguardem.

• CONSELHO REATIVADO

Um fato significativo foi ressaltado pela imprensa: a reativação, dois dias antes da instalação da Comissão de Reforma Sanitária, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – paralisado há sete anos. O Ministro da Saúde, Roberto Santos, indicou para reestruturá-lo quatro professores médicos, além de três representantes dos Ministérios da Previdência, Seplan e Educação. Este Conselho é normativo e deverá assessorar politicamente o Ministro. O CNS deverá ser presidido pelo ex-presidente da Central de Medicamentos e ex-senador Gilvan Rocha.

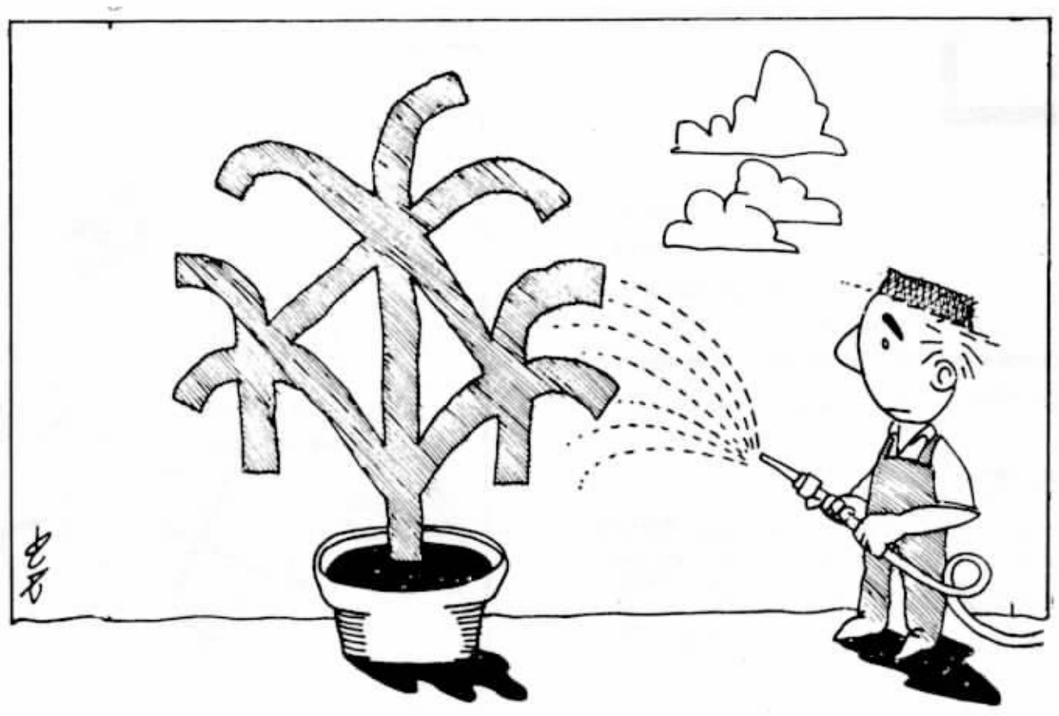
CIS – PARANÁ APRESENTA PROPOSTAS

A Secretaria de Finanças do IAPAS, através da Circular nº 92, estabeleceu que a liberação de qualquer pagamento pela Previdência social deve ser precedida pela comprovação do credor de que está em dia com a Previdência. Esta medida inclui também, os convênios das Ações Integradas de Saúde entre o INAMPS e as Prefeituras.

A situação precária em que vivem as Prefeituras Municipais é bastante conhecida (no Paraná, por exemplo, quase 300 Prefeituras são devedoras e apenas 19 estão em dia) e essa exigência faz com que os recursos correspondentes às AIS não possam ser recebidos.

Ainda que a cobrança das dívidas das Prefeituras seja necessária, os problemas advindos são muitos e a CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde do Paraná – órgão estadual de gestão das AIS assim se posiciona sobre este e vários outros assuntos.

• cria-se uma situação de descrédito junto às Prefeituras, quanto à possibilidade de melhorar o atendimento de saúde à população através das AIS, como se o INAMPS estivesse fazendo convênios para receber as dívidas que seriam pagas através de serviços assistenciais.



As propostas do CIS-PR são: a) Estabelecimento de um prazo de seis meses para que a Prefeituras passem a recolher normalmente a contribuição para a Previdência Social; b) Quitação progressiva da dívida existente, através de desconto de 10% dos valores recebidos através dos convênios de Ações Integradas de Saúde com o INAMPS; c) Criação de um Fundo Estadual com estes recursos, que seriam aplicados nos próprios municípios, dentro do Setor Saúde, com prioridades estabelecidas pelas CIS, ouvidas as Comissões gestoras municipais e regionais.

Foi assinado um convênio entre o IAPAS e as cooperativas de Produtores Rurais, através da PT/MPAS nº 3677 de 13/02/86 e regulamentado pela Resolução IAPAS nº 253 de 18/06/86, que autoriza o desconto de 20% da arrecadação da Previdência Social para ser investido na assistência médico-odontológica pelas Cooperativas. A CIS do Paraná (que possui aproximadamente 69 cooperativas) discorda da implantação desses convênios e faz as seguintes considerações:

a) que o INAMPS não tem participação na aceitação ou não do convênio; b) que o Convênio estabelece que a Cooperativa prestará assistência somente aos coo erativados e não para a clientela universalizada; c) que a participação do INAMPS só acontece aós a assinatura do Convênio; d) que após a assinatura do Convênio, imediatamente as Cooperativas passam a receber o desconto, tendo um prazo de seis meses para implementar o seu ambulatório, o que não é nem oferecido às Prefeituras; e) que inexiste na regulamentação qualquer proporcionalidade entre o desconto e a obrigatoriedade quantitativa de produção de serviços; f) que o INAMPS continuará arcando com a responsabilidade pelo atendimento ambulatorial mais complexo e hospitalar.

Para a CIS-PR, criou-se aí mais um sistema paralelo elitista, discriminatório e em total desacordo com as diretrizes das AIS, além de estimular a mecanização da agricultura e a migração rural-urbana, pois, mantendo-se constante os 20% de desconto, quanto menor o número de cooperativados e empregados mais recursos sobrarão para as cooperativas.

A proposta do CIS-PR é de que este percentual de recursos seja aplicado no Setor Saúde, porém de forma que o planejamento da aplicação, e o "quantum" a ser aplicado em cada cooperativa seja definido nas Comissões gestoras das AIS.

A CIS-PR também assume posição frontalmente contrária à implantação do cheque-consulta, com muitos argumentos semelhantes aos expostos em nossa matéria de capa.

Assinam os documentos do CIS-PR: Delcino Tavares da Silva, Superintendente Regional do INAMPS; Luiz Cordoni Jr., Secretário de Estado da Saúde e Bem-Estar Social; Manoel Antonio Almeida, Delegado Federal de Saúde e Riad Salamuni, Reitor da UFPR.

• MÉDICOS – NOVA IGUAÇU

No dia 03 de setembro, ao inaugurar a reforma de várias instalações do Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, após 8 anos de obras, o Presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro, fixou um prazo até o fim do mês para que se resolva a questão do pessoal médico do Hospital de Nova Iguaçu e da rede de hospitais e postos da Baixada Fluminense, crise que é resultado do impasse criado pelo Superintendente do INAMPS do Rio de Janeiro, João Carlos Serra, quando do episódio dos médicos do hospital da Posse (veja Súmula 14).

Hésio destaca que a preocupação do INAMPS é colocar toda a rede funcionando, prioritariamente na Baixada Fluminense, e que seu compromisso é com a população, já bastante desgastada nessa espera, que exige uma solução.

Hésio anunciou ainda que várias unidades mistas vão ser construídas na Baixada e em São João de Meriti e que está desenvolvendo trabalho conjunto com as associações de moradores para implantação de postos de atendimento, através dos Conselhos Comunitários.

• BALANÇO DAS AIS

Já passam de 2.000 o número de municípios que assinaram termo de adesão às Ações Integradas de Saúde, o que supera em muito as expectativas para este ano. Os recursos do INAMPS vinculado às AIS a serem repassados às Secretarias de Saúde e Prefeituras este ano, já montam a cerca de 15% de seu orçamento global.

• CONVÊNIOS

– INAMPS/IBGE – Foi assinado, em 1º de agosto de 1986, um convênio entre o INAMPS e o IBGE, que mobilizará uma verba de Cz$ 2 milhões, com vistas ao desenvolvimento de estudos, pesquisas e cooperação técnica na área de saúde, contemplando as seguintes atividades:

• Levantamentos, análises e estudos de informações para Pesquisas de Assistência Médica Sanitária (AMS)

• Análises e estudos das informações oriundas da Pesquisa Nacional de Amostragem Familiar (PNAD) e dos Censos Demográficos.

• Pesquisas amostrais derivadas de demandas específicas.

• Compatibilização das informações produzidas pelo INAMPS-DATAPREV e pelo IBGE.

– INAMPS/ABRASCO – Este convênio, a ser assinado ainda este ano, cobrirá as áreas de administração e planejamento de saúde, epidemiologia, saúde do trabalhador, desenvolvimento de Recursos Humanos, educação e ciências sociais em saúde. É um convênio de cooperação técnica, inserido dentro da política da atual administração, de resgatar em alto nível as relações entre a Previdência Social e as instituições de ensino e pesquisa. Neste sentido o convênio com a ABRASCO vem-se juntar aos já assinados com a UFBA, UFMG, Universidade de Brasília e a própria FIOCRUZ.

• HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Realizou-se, em Brasília, nos dias 27 e 28 de agosto, o Seminário "Os Hospitais Universitários nas Ações Integradas de Saúde: Ensino e Assistência", com a presença de representantes de todos os Hospitais Universitários do país, MEC/INAMPS/MS, onde foram discutidas e aprofundadas questões de relevo referentes à inserção dos Hospitais Universitários na capacitação de Recursos Humanos, frente às AIS e à Reforma Sanitária.

• NOVAS ADMISSÕES NO INAMPS

Com o objetivo de concretizar a prioridade aos serviços próprios do INAMPS, foi elaborado programa de admissão de pessoal proposto através do processo SEPLAN 666/85. Esse programa prevê 12.894 admissões no biênio 86/87, sendo 2.626 de nível superior e o restante relativo a pessoal de nível médio. Para 1986 foram previstos orçamentariamente Cz$ 21,3 milhões para as novas contratações e, para 1987, estima-se em Cz$ 27,3 milhões a continuidade do programa.

Este conjunto de profissionais a serem contratados produzirão 5.542.218 consultas/ano e 45.116 internações/ano, mobilizando 481 consultórios em 3 turnos de funcionamento e 1.030 leitos. Considerando a distribuição geográfica dos profissionais, espera-se que 74,5% das consultas sejam prestadas à população de cidades do interior, proporcionando maior cobertura e acesso aos serviços de saúde. Quanto à proporcionalidade segundo macro-regiões, estima-se que na região sudeste serão produzidos 46% das consultas, enquanto no nordeste 31,2%. Este diferencial deve-se ao fato de que naquela região estão concentrados 54% dos consultórios médicos, enquanto que a última apresenta apenas 21% da capacidade instalada ambulatorial do INAMPS.

Na distribuição das novas admissões de pessoal, 32,5% e 22,4% dos profissionais de nível superior e médio, respectivamente, foram alocados nos estados da Região Nordeste.

SEQÜELAS SOCIAIS

Com a proximidade das eleições para a Assembléia Constituinte, os segmentos sociais se unem para fazerem valer suas reivindicações e posturas. Visando à definição e à garantia dos direitos dos portadores da Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (Aids) na futura Constituição, reuniram-se, em meados de agosto, representantes dos chamados "grupos de risco" (homossexuais, viciados em drogas injetáveis e hemofílicos) juntamente com juristas e especialistas do Ministério da Saúde.

A reunião, realizada em Brasília, foi fruto da iniciativa de Maria Leide de Oliveira, diretora da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e foi bem aceita pelo Ministro da Saúde, Roberto Santos. Os assuntos discutidos giraram em torno de questões bem conhecidas dos grupos de risco, como a discriminação no emprego e na assistência médica. Paulo Cesar Bonfim, presidente do Grupo de Apoio e Prevenção de Aids em São Paulo, declarou que o portador da síndrome sofre discriminação mesmo depois de morto, "porque há capelas que não permitem que o corpo seja velado ali".

Embora a participação dos homossexuais em debates com a finalidade de definir medidas de proteção aos doentes da Aids seja prática comum nos Estados Unidos desde as primeiras manifestações da moléstia, é a primeira vez que o governo brasileiro busca ouvi-los. Luís Mott, antropólogo e presidente do Grupo Gay da Bahia (única entidade gay registrada e reconhecida legalmente no Brasil), considera este fato uma mudança fundamental na orientação do Governo Federal e, em particular, do Ministério da Saúde.

Já Paulo Bonfim, apesar de esperançoso, não acredita na inclusão dos direitos dos portadores da síndrome na nova Constituição, visto que tudo indica que ela será extremamente conservadora. Ele afirma que não serão leis que irão pôr fim aos "sutis constrangimentos" impostos hoje a esses grupos.

• ATUAÇÃO DO GOVERNO

Os esforços do Ministério da Saúde têm sido evidentes. Iniciando em setembro o programa de tratamento precoce e padronizado dos portadores da doença, até mesmo antes do diagnóstico laboratorial, o Ministério espera que o INAMPS assuma parte da assistência médico-hospitalar e também as medicações desses pacientes.

Outra medida importante, dessa vez a nível estadual, é a reforma do Hospital São Sebastião, no Rio de Janeiro, já em fase final de execução. O hospital, único do estado especializado em doenças infecto-contagiosas, reinaugurou seu Pavilhão Clementino Fraga, destinando 16 de seus leitos a portadores de Aids. Sérgio Wilson Nóbrega, diretor das divisões médicas do São Sebastião, disse que a cada semana são registrados dois novos casos da doença no estado do Rio de Janeiro. Acrescentou ele que agora o Rio se iguala a São Paulo, que já possui um setor específico de internação para Aids, no Hospital Emílio Ribas.

• ACERTANDO APENAS PELA METADE

O Ministério da Saúde analisará os lotes de *kits* vendidos pelas multinacionais para diagnosticar o vírus da Aids, porque 50% dos resultados obtidos em um dos três tipos de testes comercializados no Brasil são falsos. A denúncia é de Laís Guerra de Macedo, coordenadora do Programa de Prevenção da Aids da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde. Ela declarou que o Ministério não deverá liberar os *kits* aos bancos de sangue oficiais, aguardando o fornecimento de um *kit* nacional, produzido pela FIOCRUZ, bem mais barato que o importado. A FIOCRUZ já produz testes-diagnósticos para Aids em pequena escala, no departamento de Imunologia do Instituto Oswaldo Cruz. Paralelamente está montando sua linha de produção de *kits*-diagnósticos para abastecer todos os laboratórios oficiais em nível nacional, o que se espera que aconteça no 2º trimestre do próximo ano. Para tal fim acaba de ser assinado convênio de cooperação com o Ministério da Saúde.

• CLUBES DE SANGUE NOS EUA

O medo de contrair Aids através de transfusões tem levado muitos empresários americanos a criarem bancos que congelam e armazenam o sangue dos "clientes", que se dispõem a pagar uma taxa de 50 a 150 dólares pelo serviço, para o caso de qualquer eventualidade em que necessitem de transfusão. O mesmo temor está fazendo com que amigos e parentes se comprometam a doar sangue uns aos outros, constituindo o que informalmente já se conhece como *Clube de Sangue*. Esta tendência tem preocupado as autoridades médicas, que vêem no procedimento total descrédito na segurança dos bancos oficiais. Descrédito, segundo eles, infundado, visto que o aperfeiçoamento dos métodos desses bancos oficiais para verificar se o sangue está contaminado ou não vem tornando a coleta cada vez mais segura. Eles confirmam também que a criação de bancos de sangue paralelos, por iniciativas individuais, exclui imensa parcela da população que, não tendo possibilidades financeiras, não pode fazer a sua "reserva" de sangue para qualquer emergência. Além disso os testes obrigatórios, que asseguram que a própria pessoa, parentes ou amigos não são portadores de Aids, são os mesmos que são utilizados para o exame do sangue coletado "sem destino certo". Isso evidencia mais uma artimanha dos empresários da saúde para lucrar com o medo das pessoas com a doença.

EM BREVE

PUBLICAÇÕES

TEMA E DADOS

NÚMEROS ESPECIAIS SOBRE

AIDS

Não se pode pensar em

MEDICAMENTOS

separadamente da questão da saúde

A condição necessária para se ter uma política adequada de medicamentos é tê-la acoplada à política de saúde. A opinião é do Dr. Oswaldo Campos, médico sanitarista, Superintendente da Fundação do Remédio Popular do Estado de São Paulo (Furpe) e responsável pela Coordenação dos Medicamentos Básicos (CMB) da Secretaria de Saúde de São Paulo. Ouvido pelo RADIS, ele avaliou a atual crise no setor de produção, distribuição e comercialização de medicamentos e defendeu o aumento dos investimentos nessa área, de forma a reforçar a Central de Medicamentos (Ceme) e ampliar a rede de laboratórios oficiais.

RADIS: Oswaldo, quais os grandes problemas que você identifica hoje na produção e distribuição de medicamentos no setor público, no Brasil?

OSWALDO: Existem problemas estruturais e conjunturais que são comuns aos setores público e privado. Estruturalmente, ressalta a grande participação do capital estrangeiro nas empresas produtoras de medicamentos – 80 a 85% do mercado de especialidades farmacêuticas é dominado por filiais de transnacionais. Há uma concentração exagerada, no eixo Rio–São Paulo, tanto da produção de medicamentos quanto de fornecedores de insumos para tais indústrias. A dependência externa quanto a matérias-primas constitui um problema de segurança nacional e de soberania pela sua dimensão qualitativa e quantitativa.

Do ponto de vista da conjuntura há uma incapacidade do setor produtivo para atender ao aumento da demanda, que se evidenciou a partir do último trimestre do ano findo e que se acentuou com a Reforma Econômica de março último, com a enunciação das prioridades sociais do governo, com a implantação efetiva das Ações Integradas de Saúde e a conseqüente maior participação do setor público na assistência médica.

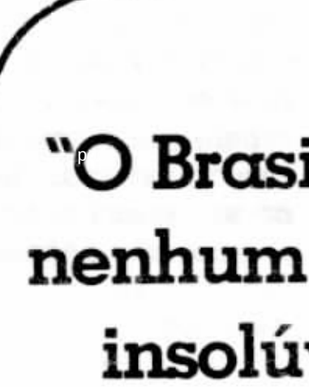
RADIS: Você acha que este aumento da demanda, do fim do ano passado para cá, é devido a esses fatores por você apontados?

OSWALDO: Principalmente, mas não apenas por eles. Houve também aumento real dos salários, embora seja difícil quantificar a sua contribuição para o aumento da demanda. Observo também maior preocupação dos governos estaduais e municipais com a questão da saúde e da assistência médica, embora não possa generalizar ao universo nacional esta constatação. Todavia, Prefeituras Municipais dos Estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo, que compram medicamentos à FURP, exibem um aumento nítido da demanda. Isto deve significar maior prioridade desses Governos à área da saúde.

RADIS: Ou será que a população está mais doente?

OSWALDO: Não creio que possamos afirmar isso, apenas com tais indícios. Apesar do reaparecimento de algumas doenças transmissíveis, as condições de saneamento e alimentação, pelo menos no Estado de São Paulo, tem melhorado acentuadamente neste último governo. Ocorre ainda, que quando se aumenta a assistência médica, dadas as características nosológicas e a tradição medicalizadora de nossos serviços, segue-se um aumento do consumo de medicamentos. Este é um fator importante no aumento da demanda, de caráter mais estrutural.

"O Brasil não tem nenhum problema insolúvel para produzir medicamentos"



RADIS: Esses dados que você traz excluem a automedicação?

OSWALDO: Excluem. Refiro-me a medicamentos dispensados pelo setor público. A automedicação e a indecorosa propaganda nos meios de comunicação de massa, algo assustador, no Brasil, é outro assunto.

RADIS: Sim, é verdade. Mas voltando à produção...

OSWALDO: Como eu dizia, esse aumento da demanda encontrou as empresas despreparadas. Elas logo esgotaram sua capacidade ociosa e, algumas, são incapazes de responder, no curto prazo, às novas necessidades. É o caso, por exemplo, da indústria de vidros que, segundo consta, não investia nessa área há 6 anos.

RADIS: E a distribuição?

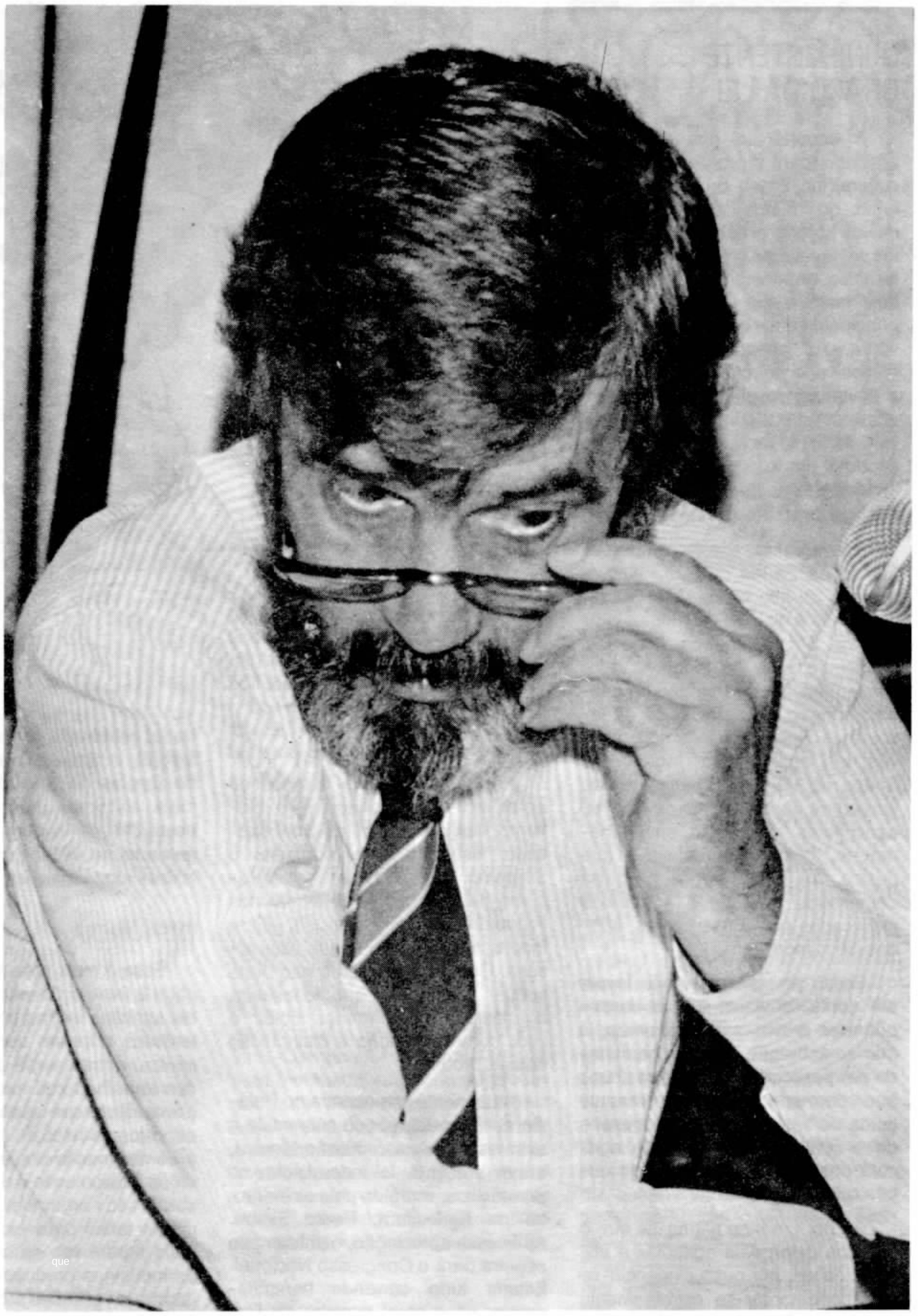
OSWALDO: O sistema de distribuição é, no Brasil, algo caótico, sofrendo a interferência das mais variadas circunstâncias. Começa com o transporte que é, em grande parte, rodoviário, lento, sujeito a intempéries.

Temos experiência de mercadoria nossa que leva 20-30 dias para chegar ao destino, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, por questões de falta de trânsito, ou mesmo de caminhões. Outra questão grave é a da armazenagem e distribuição de medicamentos. Calculo que no Estado de São Paulo, não menos de 20% ou, quem sabe, 30% são perdidos nos capilares da distribuição ou nos almoxarifados centrais, regionais e locais, tendo vencido seu prazo de validade ou deteriorado, por más condições de armazenamento. Outro problema complicado é o da "novidade terapêutica". Todos os dias são lançados no mercado "novos" medicamentos, que apoiados em uma propaganda exagerada e não controlada induzem novos hábitos de prescrição, obrigando a novas aquisições com abandono e perda dos medicamentos já adquiridos. No aspecto da distribuição vale apontar que, em algumas áreas, o medicamento ainda é manejado politicamete, como instrumento de barganha.

O mais importante, no meu entender é a solução dos problemas acima, de resto bem conhecidos dos que atuam na área.

Aí surge o papel estratégico do Estado, com toda a sua nitidez. Qualquer país determina, por critérios próprios, quais os medicamentos que a sua população deve usar e como usá-los. Aqueles países que se preocupam com a saúde de seus habitantes interferem muito rigorosamente no tipo e na qualidade do medicamento que e distribuído à sua população. O órgão que faria este papel, no Brasil, é a DIMED, ligada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Para que possa cumprir seu papel ela tem que ser bem equipada e com poder de controlar a produção e o registro de produtos e não ser mera repartição burocrática de concessão automática de registros. Enquanto não tivermos no Brasil uma DIMED com real poder fiscalizador haverá problemas. A situação é tão grave que todos nós estamos testemunhando as pressões violentas sobre a Drª Suely Rozenfeld, atual diretora da DIMED, porque ela ousou tentar impor respeitabilidade mínima ao órgão, em favor da população. Essa atividade reguladora e fiscalizadora é obrigação e dever indelével do Estado para com a cidadania. Exige avaliação cuidadosa do que é registrado e seguimento do produto, quando em uso em grandes populações, pois é então que alguns efeitos colaterais indesejáveis aparecem. A isso chamamos vigilância farmacológica. Nessa fiscalização e controle devem participar Estado, consumidores, produtores e Universidade.

"Não é possível que o país só detenha e controle 15% do mercado farmacêutico"



Outra questão séria é a da comercialização de medicamentos. São poucos, se existem, os países desenvolvidos, que dispensam a presença e a responsabilidade do farmacêutico nessa área. A maneira como o medicamento é comercializado no Brasil é outro absurdo. Há ainda que se considerar que existem no Brasil cerca de 40 milhões de pessoas que não têm acesso físico e/ou financeiro à assistência farmacêutica. Assim, outra vez, ressalta o papel do Estado nessa área, o que coloca em cena o papel da Central de Medicamentos (CEME), para fornecer gratuitamente, ou a preços reduzidos, medicamentos à população de baixa renda. Usando-se a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, é possível atender a cerca de 90% das necessidades da população. A utilização da RENAME padroniza a prescrição médica nos serviços públicos e induz a produção interna dos princípios ativos nela incluídos e dos seus medicamentos, pela rede de laboratórios oficiais, apoiados pela CEME e estrategicamente localizados no país. Tais laboratórios, ligados aos estados, universidades ou centros de pesquisa não competem com o setor privado e não estão sujeitos aos interesses comerciais que regulam a oferta de medicamentos no Brasil. Este projeto, que foi parcialmente implementado não recbeu ainda a prioridade necessária. Ele foi a primeira tentativa organizada de descentralizar a produção de medicamentos fora do eixo Rio–São Paulo, apoiando-se em alguns laboratórios oficiais mais antigos existentes em Goiás e Pernambuco.

RADIS: Então você considera que em nível da produção, a participação estatal poderia ser maior, no que concerne aos medicamentos básicos ou essenciais, de acordo, inclusive, com o projeto original da CEME. Agora, segundo uma proposta de revisão daqueles limites estruturais colocados inicialmente, como você vê a participação do Estado na produção de medicamentos no Brasil hoje?

OSWALDO: Veja, o Brasil hoje não tem nenhum problema tecnológico insolúvel para produzir medicamentos. Eventualmente, você poderá ter um ou outro obstáculo econômico, por questão de escala de produção, mas que são superáveis. Na medida em que a RENAME for sendo revista, adaptando-se aos novos conceitos de organização da assistência médica, os laboratórios oficiais ampliarão sua produção e eles tem condições de fazê-lo de forma muito mais econômica que o setor privado, pois não visam ao lucro e não gastam em propaganda. Este reforço cria condições para a produção interna de matéria-prima, que é a etapa seguinte do processo.

RADIS: Dentro das perspectivas da reformulação setorial que se pretende, quais as propostas a serem encaminhadas, tendo e vista mudanças na política de medicamentos?

OSWALDO: A condição necessária para você ter uma política adequada de medicamentos é que ela esteja acoplada à política de saúde. Essa é a premissa básica. Não se pode pensar medicamento e assistência médica separadamente da questão da saúde. A segunda questão é a reversão da base estrutural da produção de medicamentos no Brasil. Não é possível que o país somente detenha e controle 15% do mercado farmacêutico. A terceira proposta é o reforço à Central de Medicamentos – CEME e a ampliação da rede de laboratórios oficiais. Na minha opinião cada estado deve ter um laboratório farmacêutico, ainda que ele não atenda a todas as necessidades locais. O investimento oficial nessa área é pequeno se considerarmos a disponibilidade de profissionais competentes e as faculdades de farmácia existentes. Um movimento nesse sentido transformaria o próprio ensino farmacêutico e mudaria o tipo de interferência da indústria farmacêutica no mercado.

Evidentemente, a proposta fundamental, em termos de soberania nacional, passa pelo fortalecimento dos órgãos de vigilância sanitária, como já dissemos, porque assim será possível controlar tanto as descabidas ingerências da indústria privada quanto assegurar a qualidade do medicamento.

AGROTÓXICOS

O INEXISTENTE BRAÇO DA LEI

A importância dos defensivos agrícolas para o progresso da agricultura, no Brasil ou em qualquer lugar do mundo, é inegável. Há muito, porém, o uso desses produtos sofre severas críticas, em face da falta de regulamentação que controle tanto a sua produção quanto, principalmente, o seu uso na lavoura. As pesquisas acerca dos efeitos dos agrotóxicos, esparsas e limitadas, revelam mesmo assim números assustadores sobre o envenenamento de agricultores, justificando a preocupação unânime dos movimentos ecológicos e da opinião pública com o problema.

As denúncias da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, a respeito do alto índice de trabalhadores rurais do Vale da Ribeira intoxicados por defensivos agrícolas, expõem à vista de todas as reais conseqüências do uso interno e indiscriminado de agrotóxicos na lavoura. A Secretaria informou, através do Departamento Regional de Saúde do Vale da Ribeira, que de janeiro de 85 até agosto de 86, 189 agricultores da região envenenaram-se, de forma aguda, sendo que destes, 19 morreram. A pesquisa demonstrou que, de 614 pessoas intoxicadas por outros fatores, apenas cinco morreram.

Essas porcentagens não levam em conta, obviamente, as conseqüências previstas a longo prazo, já que se sabe que o solo contaminado por pesticidas conserva resíduos que permanecem ativos durante cerca de vinte anos, comprometendo a qualidade da produção agrícola posterior e contaminando outras culturas, pastagens e rios.

Se por um lado afirma-se que o uso dos defensivos agrícolas é imprescindível, por outro evidencia-se que pode tornar-se extremamente prejudicial à população. Estranha-se, então, a falta de uma regulamentação específica, controlando abusos na produção e aplicação, criteriosa quanto à rotulação dos aspectos tóxicos detectados nos aditivos químicos.

LEIS D'OUTRORA

Em São Paulo, a lei estadual de agrotóxicos, sancionada pelo Governo Montoro em 15 de abril passado, esbarrou num problema: o Supremo Tribunal Federal, após recurso da Associação Nacional dos Produtores Agrícolas (Andef), julgou inconstitucionais alguns de seus artigos. Com isso, o Estado não pode sequer definir o que considera agrotóxico, muito menos coibir o uso, comercialização e distribuição desses produtos.

Atualmente se encontra no Palácio do Planalto, sendo submetido a exames por uma comissão técnica, o anteprojeto de lei federal sobre os agrotóxicos, redigido pelo ex-ministro da Agricultura, Pedro Simon. Após essa apreciação, o anteprojeto seguirá para o Congresso Nacional. Estaria tudo correndo tranqüilamente, se o atual ministro Íris Resende não tivesse alterado dois itens do documento, justamente aqueles que conferiam aos Estados autonomia para legislar sobre os defensivos agrícolas.

Entre a "inconstitucionalidade" da lei estadual e os "trâmites" da lei federal, a Secretaria de Agricultura do Estado de São Paulo, um dos mais atingidos pela questão dos pesticidas na lavoura, tem que seguir a lei de 1934, quando os agrotóxicos ainda nem existiam.

DENÚNCIA

Essa é mais uma área complexa onde a firme ação estatal de vigilância sanitária se faz urgente. Os interesses a serem contrariados são muitos, entretanto, a grave situação dos trabalhadores rurais, obrigados a manipularem esses produtos e expostos ao risco de se intoxicarem, a contaminação dos alimentos vendidos à população e a destruição do solo, são argumentos suficientemente fortes para justificar atitudes mais agressivas de controle. Tanto as indústrias produtoras do veneno quanto os grandes produtores rurais se opõem e impedem uma ação legislativa regulamentadora mais eficiente. É importante, então, a denúncia desses problemas, a ser feita tanto pelos grupos ecológicos quanto pelos profissionais que atuam no setor saúde e áreas afins.

• QUESTÃO DE PONTO DE VISTA

Em 1985, as 45 empresas registradas na Associação Nacional das Indústrias de Defensivos Agrícolas (Andef) produziram 135 mil toneladas de agrotóxicos, correspondentes a US$ 650 milhões. O presidente da Andef, Christiano Walter Simon, considera "lamentável" o que acontece atualmente com os trabalhadores rurais, que se intoxicam ao utilizar o agrotóxico. Ele diz que "a venda de defensivos não é livre, os rótulos são técnicos mas as precauções neles contidas são claras". Já Maria Cecília Dellatorre, Diretora do Departamento Regional de Saúde, diz que "a linguagem é tão técnica que só os farmacêuticos entendem". Ela acha que por isso é difícil fazer o trabalhador acreditar que esses produtos sejam venenosos. "E não é à toa que isto acontece, porque quanto mais ignorante o agricultor, mais as indústrias lucram", finaliza.

• SOLO E COMIDA ENVENENADOS EM MARINGÁ

Todos os alimentos analisados em Maringá, no estado do Paraná, se mostraram grandemente contaminados por agrotóxicos e apenas uma pequena parte deles atenderam os limites mínimos definidos pelo Ministério da Saúde. A pesquisa, efetuada pelo professor Makoto Matsushita, da Universidade Estadual de Maringá, revelou também que os resíduos dos pesticidas permanecem ativos pelo menos por 20 anos. Os prejuízos para o organismo não são imediatos, mas, com o passar do tempo, esses resíduos, acumulados inicialmente no tecido adiposo, passam para o sistema nervoso, onde causam sérias lesões.

FUMO

• ACREDITE SE QUISER...

No Dia Nacional de Combate ao Fumo, 30 de agosto, o presidente José Sarney prometeu dar apoio total à Comissão Nacional contra o Tabagismo, do Ministério da Saúde, criada na gestão Carlos Santana. Confessando-se um "antitabagista inveterado", o presidente mostrou-se assustado com os dados apresentados pela campanha de conscientização desencadeada pelo Ministro da Saúde Roberto Santos: o fumo é responsável por 80% dos casos de câncer pulmonar, 90% dos de enfisemas pulmonares, 80% dos de bronquite crônica, 25% dos infartos do miocárdio, além de ter causado em 1985 cerca de 120 mil mortes.

O Ministro Roberto Santos acrescentou ainda que o governo gasta cerca de Cz$ 1 bilhão por ano para manter nos hospitais do INAMPS os fumantes com câncer, bronquite e enfisema pulmonares. Aproveitando a ocasião, o presidente da Comissão contra o Tabagismo, senador Lourival Batista, pediu medidas concretas visando a desestimular o vício como o aumento do IPI para o cigarro, "elevando a Cz$ 100 o preço da carteira".

Corte. Dez dias depois, 10 de setembro. O governo reduz em 4,64% o IPI sobre o cigarro, em decreto assinado pelo presidente José Sarney e pelo ministro Dilson Funaro. A medida foi tomada tendo como alegação atenuar os problemas de produção que afetam o setor, que teve sua margem de lucro diminuída.

Antitabagismo crônico. Acredite se quiser...

CÂNCER

CONGRESSO DENUNCIA NEGLIGÊNCIA NA PREVENÇÃO

O 14º Congresso da União Internacional Contra o Câncer, que aconteceu em fins de agosto, em Budapeste, Hungria, foi marcado por uma visão comum a quase todos os participantes, segundo a qual "uma grande proporção de doenças cancerígenas poderia ser prevenida com a mudança de hábitos pessoais e de estilo de vida", no dizer de Karoly Lapis, coordenador dos trabalhos.

O Congresso, que teve a participação de oito mil especialistas de todo o mundo, apresentou discussões contundentes dentro desses parâmetros, uma das quais provocada por Jan Stjernsward, chefe da Unidade de Câncer da Organização Mundial da Saúde, ao denunciar que a prevenção e a detecção precoce da doença são os aspecto. mais negligenciados nesse ramo da medicina. Segundo ele, milhões de vidas poderiam ser salvas com essas simples providências e, no entanto, milhões de dólares são gastos no mundo inteiro em pesquisas para cura e terapia.

Confirmando o tom geral do Congresso o professor Okowo Koshimura demonstrou preocupação com o aumento de casos de câncer no estômago e intestinos. Para ele, os maus hábitos alimentares e o grande consumo de produtos gordurosos são os responsáveis pela alta incidência. Koshimura também ligou o aumento de casos de câncer no pulmão à poluição do ar e ao fumo. Judith Mackay, especialista de Hong-Kong, é da mesma opinião, apresentando resultados de pesquisas que demonstram o declínio do hábito de fumar nos países desenvolvidos.

Ao final do Congresso foi apresentado um estudo sobre o papel da publicidade, das indústrias produtoras e dos governos no hábito de fumar visto que, segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), um milhão de pessoas morrem todos os anos por causa do cigarro.

DENGUE

DEZ ANOS PARA A ERRADICAÇÃO DO AEDES

Controlada a epidemia de dengue no Grande Rio, resta agora tratar da erradicação do mosquito *Aedes Aegypti*, transmissor da doença. A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) antecipa que precisará de dez anos para combater a febre amarela e a dengue no Brasil, "e mesmo assim quando o Governo federal liberar os recursos para o Programa Nacional de Erradicação do Gênero Aedes", segundo declarou o Diretor da Divisão de Febre Amarela da SUCAM em Brasília, Antonio Carlos Rodopiano.

A descoberta feita há três meses no Rio de Janeiro do mosquito *Aedes Albopictus*, conhecido como "tigre asiático", apressou as pesquisas na área, por ser ele também um vetor da febre amarela, dengue e encefalite.

O "tigre asiático" já foi detectado pela SUCAM em 14 estados brasileiros, com maior incidência no Rio, em Minas Gerais e, principalmente, no Espírito Santo, o que leva a supor que ele tenha entrado no país pelo porto de Vitória. Concentrado predominantemente nas Regiões Sudeste e Centro, o mosquito foi encontrado também no povoado de São José do Potengui, Rio Grande do Norte, primeiro estado do Nordeste a apresentar exemplares do "tigre asiático". A Fundação Oswaldo Cruz confirmou essa descoberta.

A injeção de recursos rápidos (o plano nacional para a erradicação simultânea do *Aedes Aegypti* e do *Aedes Albopictus* vai consumir cerca de Cz$ 500 milhões em sua fase inicial e o aumento do número de médicos sanitaristas não são suficientes para trazer uma solução final para o problema, segundo disse o ministro da Saúde, Roberto Santos. "Apenas um esforço conjunto, uninindo ministérios e órgãos públicos ligados a vários setores da vida nacional, resolveria a questão definitivamente", declarou.

Já discutido anteriormente (veja Súmula 14), a erradicação dos vetores das doenças transmissíveis e o controle de áreas endêmicas e de possíveis epidemias são problemas que estão aquém das ações específicas que este ou aquele órgão possa desenvolver. Para fazer frente a eles é necessário que se construa uma vontade política de mudança que permita encarar as condições de saúde da população como objeto permanente da preoupação e atenção das autoridades, transformando assim o atual sistema de saúde.

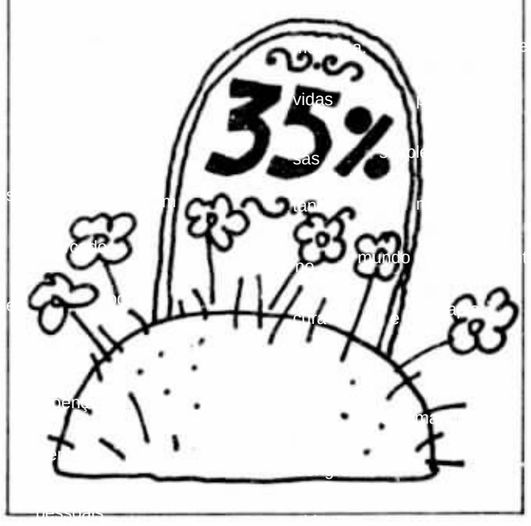
MENINGITE

A DIFÍCIL PREVENÇÃO

Segundo dados estatísticos referentes ao primeiro semestre de 86, vários tipos de meningite atingiram pelo menos 886 pessoas no Estado do Rio, causando a morte de 241 (35%). Os números parecem assustadores mas não alarmam o Departamento de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde e Higiene, que só considera um surto epidêmico a partir da incidência de mais de 150 ou 200 casos por mês.

A Diretora do Departamento de Epidemiologia, Maria Augusta Torres Machado, explicou que alguns tipos de meningite como a tuberculosa (a mais grave, com 75% de mortalidade em menores de um ano de idade), a pneumocócica, a estafilocócica ou a estrentocócica podem surgir a partir de infecções em outros órgãos que, ao se agravarem, possibilitam que a bactéria atinja a meninge.

A Diretora esclareceu, entretanto, que o tipo meningocócico é o único transmissível, daí o perigo de



epidemia, mas, ao contrário do que se pensa, não é o mais grave, apesar de ser o responsável por cerca de 5% da mortalidade. A inexistência de vacina totalmente eficaz contra a meningite meningocócica dificulta a erradicação da doença, ainda que seja de enorme ajuda nos surtos epidêmicos.

VACINAS

AUTO-SUFICIÊNCIA NA PRODUÇÃO

O Ministro da Saúde, Roberto Santos, assinou convênio com laboratórios oficiais incluídos no Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (PNI). Esse convênio se insere na proposta do Ministério da Saúde que prevê a auto-suficiência nacional na produção de imunobiológicos (vacinas e soros) até o ano 1990, mediante um Plano de Desenvolvimento Tecnológico que considera prioritário os laboratórios oficiais. Cada laboratório que faz parte do parque nacional de produção de imunobiológicos deve desenvolver um projeto a partir da definição das cotas de participação na demanda nacional e da proposta de produção, constituindo-se o Plano de Desenvolvimento Tecnológico.

Essas propostas foram elaboradas por uma Comissão Técnica criada pelo Ministério da Saúde (set/85) encarregada de preparar os documentos básicos para a formulação da Política Nacional de Imunobiológicos.

Na definição da cota de participação da FIOCRUZ/Bio-Manguinhos na demanda nacional de produção de imunobiológicos foi estabelecido que em 5 anos Bio-Manguinhos, além de manter sua produção atual (100% da demanda de Anti-sarampo, Anti-meningocócica, Anti-colérica, Anti-Febre Amarela e Anti-Febre Tifóide), começaria a produzir Antipólio oral e DPT (Tríplice), atingindo em 1990 a meta de produzir 100% da demanda da primeira e 37,5% da segunda.

As instituições envolvidas nesse convênio são: a Fundação Oswaldo Cruz, através do seu Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos/Bio-Manguinhos que produzirá a vacina anti-pólio e a tríplice (anti-difteria, anti-tétano e anti-coqueluche); o Instituto Vital Brasil que produzirá os soros anti-offdico, anti-tetânico, anti-diftérico e anti-rábico humano e o Instituto Butantã que se dedicará à produção de vacinas BCG (anti-tuberculose), tríplice e a dupla (anti-difteria e anti-tétano).

O contrato agora assinado com a FIOCRUZ tem por objeto intensificar a produção de imunobiológicos no exercício 1986, dentro das diretrizes que norteiam o PNI. Serão repassados à FIOCRUZ recursos no montante de Cz$ 216 milhões para a implantação das áreas de produção das referidas vacinas.

CRIANÇAS

SUICÍDIO, UMA REALIDADE ALARMANTE

Crianças e adolescentes são seres humanos aos quais, sem dúvida, a esperança jamais deveria faltar. Com toda a vida pela frente, há sempre a possibilidade de serem compensados mais tarde pelos choques causados por uma realidade muitas vezes traumática. Mas nos países desenvolvidos, e mesmo no Brasil, diversos fatores estão levando ao aumento do suicídio infantil e juvenil, em proporções alarmantes.

Segundo a Drª Cynthia Pfeffer, Presidente da Associação Americana para Estudos sobre o Suicídio, a depressão, o desespero e o stress colocam-se como as causas aparentes, que se juntam aos problemas familiares, o alcoolismo e o uso de drogas como os elementos que contribuem para o crescente número de suicídios entre americanos de baixa faixa etária.

Para a Drª Cynthia, "a separação e a dissolução familiar, a maior mobilidade social e a redução na disponibilidade emocional dos pais que trabalham fora, em relação aos filhos, são fatores decisivos para a formação do quadro de stress e depressão. Possivelmente os jovens estão também sentindo mais os efeitos da competição social, e se preocupando demais com os estudos e a necessidade de encontrar emprego".

Em Simpósio realizado sobre o tema, na Alemanha, promovido pela Associação Médica Hartmannbund, divulgou-se o dado que o suicídio é a segunda causa de morte de jovens alemães ocidentais na faixa dos 15 aos 25 anos. E como agravante, citou-se o fato de que para cada suicídio consumado oito outros jovens tentam fazê-lo, sem sucesso.

De acordo com conclusões do simpósio, que teve inclusive a participação de pais de jovens que tentaram ou cometaram o suicídio, relatando suas experiências, o problema decorre em muito da falta de perspectivas para o futuro, além do crescente isolamento de muitos adolescentes. O especialista Bernd van Husen, psiquiatra infanto-juvenil colocou como fundamental uma maior atenção por parte dos pais, mostrando aos filhos que estão dispostos a dialogar e ajudá-los em seus problemas. Segundo ele, apenas 16 por cento dos suicídios são conseqüência de doenças psíquicas, contra 60 por cento provocados por problemas familiares.

Apesar de não se contar com dados precisos, é evidente o grande aumento de suicídios de menores no Brasil, especialmente nas grandes cidades, onde a competição e a despersonalização são muito maiores. Vivendo os problemas citados que ocorrem nas megalópoles dos países desenvolvidos, o jovem brasileiro ainda defronta-se com uma realidade de miséria e de falta de perspectivas absolutamente trágica. A agressividade e a revolta exteriorizada formam o quadro de violência que todos têm conhecimento. A interiorização desta violência, voltando-se contra o próprio indivíduo e a impotência diante da realidade são outros lados, ainda pouco conhecidos, desta triste moeda.

O alarme foi tocado, a sirena não pára de soar. O futuro está em perigo.

MULHER

MANCHETES DA MULHER

Com o propósito de fornecer um panorama global sobre a questão da Saúde da Mulher, ao mesmo tempo relembrando os assuntos que estiveram em pauta nesses últimos meses, SÚMULA preparou um "mosaico" cronológico das principais manchetes veiculadas pelos maiores jornais do país. Esta seção chama-se, apropriadamente,

• *"Mulher Pobre de Brasília Está Sendo Esterilizada"* – A Secretaria de Saúde do Distrito Federal está patrocinando a esterilização de mulheres de baixa renda, através de convênio assinado há alguns meses entre o secretário Alberto Barbosa e o Centro de Pesquisas e Assistência à Mulher, entidade que mantém laços com organismos norte-americanos e está envolvida em experimentos irregulares de anticoncepcionais. – 02.jun

• *"Mulher Vai à Cinelândia Falar Sobre Mulheres e Ouve Discursos de Homem"* – O debate sobre a violência, organizado pelo Movimento da Mulher pelo Estado de Direito, na Cinelândia, terminou sob protestos do público que, convidado a falar, não queria mais parar. No início falaram as mulheres mas, logo após, os homens subiram ao palanque, com a anuência das mulheres, para falar. E não pararam! – 28.jun

• *"Governo Lança Cartilha para Conter Natalidade e Explicar Sexualidade"* – "Como você faz para não engravidar?" "Eu faço tabelinha e meu companheiro usa camisinha". Diálogos como esse, mantido entre duas jovens, estão ilustrados na cartilha que o Ministério da Saúde elaborou para ser distribuída, nos postos dos estados, com o objetivo de orientar sobre a sexualidade feminina e, ao mesmo tempo, informar sobre o uso de diversos métodos contraceptivos. – 18.jul

• *"Falsificação de DIU Detectada no Paraná É Feita Há Dois Anos"* – Uma quadrilha, descoberta pela Polícia do Paraná, distribuía por todo o Sul do país milhares de dispositivos que imitavam o modelo do Dearle Laboratories, de Chicago, que inclusive já deixou de fabricá-lo. A Secretaria de Saúde do Paraná apelou a usuárias do DIU nestes últimos dois anos para que procurem um médico, porque os dispositivos podem ser falsificados e, portanto, causar danos à saúde, além de não evitarem a gravidez. – 30.jul

• *"Anticoncepcional Mais Usado no Mundo É a Esterilização"* – Supostamente utilizada sob coerção nos países subdesenvolvidos, a esterilização é o método anticoncepcional mais usado em todo o mundo, segundo relatórios do Instituto Guttmacher, de Nova Iorque. – 11.ago

• *"Controle da Natalidade"* – "O combate à miséria pelo controle da natalidade não é o rumo certo para uma sociedade mais justa e fraterna. Não acusemos a mãe pobre pelos crimes que nascem do egoísmo de um povo que se afasta dos princípios éticos e cristãos." – Dom Eugênio Sales, 30.ago

• *"Mulheres Denunciam Violências de Médicos em Dossiê"* – A OAB, o Conselho Regional de Medicina e a Superintendência do INAMPS investigam denúncias de oito mulheres, publicadas pelo *Dossiê Caxias*. As violências e abusos foram cometidos em três maternidades e as mulheres responsabilizam – nominalmente – vários médicos por graves lesões em parturientes e bebês, inclusive ocasionando morte destes, durante ou após o parto. O documento surgiu depois do Encontro *Fala Mulher*, em março. – 30.ago

• *"Comissão Quer Aborto em Escola Oficial"* – A Comissão de Estudos Sobre Direitos da Reprodução Humana, vinculada ao Ministério da Saúde, propõe tornar a rede hospitalar pública e previdenciária responsável pela realização de abortos em mulheres vítimas de estupros, incesto ou que apresentem riscos de vida em decorrência da gravidez. – 4.set

• *"Câncer Uterino É Quarto Responsável por Mortes de Mulheres Brasileiras"* – O câncer do colo do útero é a segunda maior causa da morte de mulheres no Estado do Rio de Janeiro. Responsável por 23,7% dos óbitos, perde apenas para as doenças do coração e fica um pouco acima das mortes por acidentes. No Brasil, é a quarta doença que mais mata mulheres. Os dados são da Fundação Bela Lopes de Oliveira, do Rio de Janeiro. – 23.set

• *"Cientistas dos EUA Desenvolvem Pílula Mensal"* – Está sendo desenvolvida nos Estados Unidos uma pílula anticoncepcional que poderá ser administrada apenas uma vez por mês. O anticonceptivo, chamado "Anordin", já foi testado em macacos, revelando 100% de eficácia na prevenção da gravidez. Segundo os pesquisadores americanos, o uso da pílula não acarretará efeitos colaterais. – 26.set

• *"Anticoncepcional Masculino Será Testado a Partir de 87"* – Trata-se de uma injeção de um composto de hormônio masculino testosterona que, em laboratório, mostrou que pode paralisar ou reduzir consideravelmente a produção de esperma, tornando o homem estéril por um período de até um ano. Em 87 o novo anticoncepcional masculino será testado em 350 casais, em um programa apoiado pelos institutos de saúde norte-americanos e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). – 27.set

• *"Miséria Tira Sexo da Vida de Mulher Pobre"* – Segundo pesquisas realizadas pela antropóloga pernambucana Fátima Quintas numa favela de Recife, as mulheres de baixa renda, que vivem muito mais preocupadas em obter comida para os filhos e cuidar das tarefas domésticas do que as de classe média e alta, também têm dificuldades para realizar satisfatoriamente o ato sexual. A antropóloga revela que, em parte, as mulheres são cúmplices da própria marginalidade sexual, ao acharem que realmente o sexo feminino é inferior, absorvendo assim a ideologia masculina que impera na nossa sociedade. – 1º.out

REGISTRO

32 ANOS DA ENSP

Os 32 anos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) foram comemorados condignamente. O Ciclo de Debates sobre questões atuais de saúde pública, promovido na semana de aniversário, trouxe renovadas análises e reflexões para o setor. A diversidade de assuntos e temáticas ampliou o debate, cuja importância foi reconhecida nas inúmeras matérias jornalísticas publicadas sobre o evento.

"**A ação parlamentar e a questão de saúde no Brasil**", coordenada pelo Prof. Paulo M. Buss, Vice-Diretor da ENSP, foi a primeira mesa-redonda do Ciclo. Estiveram presentes expondo suas posições Eduardo Costa (PDT), Luiz Tenório (PT), Jandira Feghalli (PCdoB), Julio Cesar de Oliveira (PSB) e Raimundo de Oliveira (PMDB).

A mesa-redonda do dia seguinte, 2 de setembro, teve como tema central "**A questão dos medicamentos no Brasil**", coordenada por José Gomes Temporão (ENSP/INAMPS). Participaram Suely Rosenfeld (DIMED-MS), Carlos Grossi (Sindicato das Indústrias Farmacêuticas), Julio Casoy (Associação Brasileira de Medicina), Jorge Bermudez (Far-Manguinhos), Marcio Labastier (Conselho Regional de Farmácia) e Oswaldo Campos (FURPE/SP).

A terceira mesa do Ciclo de Debates foi sobre "**Reforma Sanitária Brasileira**". Coordenada por Sérgio Arouca, Presidente da FIOCRUZ, teve como participantes José Hermógenes (Secretário-Geral/MS), José Carvalho de Noronha (INAMPS), Ronei Edmar Ribeiro (CONASS), Pedro Jacobi (CEDEC/SP) e Cristina Possas (ENSP).

Finalizando o Ciclo, a quarta e última mesa discutiu "**As bases do poder da Reforma Sanitária Brasileira**". Coordenada por Sonia Fleury Teixeira (ENSP), teve como participantes Anamaria Brasileiro (IBAM), Pedro Celestino e Nilson Rosário da Costa (DCS-ENSP).

A ENSP, criada em 1954, já titulou cerca de 6.000 sanitaristas, muitos dos quais ocupando cargos públicos de importância no sistema de saúde. A Escola tem uma tradição de vanguarda no processo de renovação das práticas de saúde e, no momento, ressurge com toda a sua potencialidade, contida nos 21 anos de autoritarismo. O reconhecimento dos sanitaristas brasileiros é um presente que a ENSP recebe diariamente, e que, na semana de aniversário, vem em clima de "carinho concentrado". Parabéns pelos 32 anos de vida.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CIENTISTAS CASSADOS VOLTAM EM FESTA À FIOCRUZ

Com muita emoção e carinho transcorreu no dia 15 de agosto, a festa de reincorporação dos dez cientistas da FIOCRUZ cassados em 1970, no episódio conhecido mundialmente como o "Massacre de Manguinhos". Cerca de duas mil pessoas participaram da cerimônia, nos jardins do castelo, entrecortando com aplausos entusiasmados os discursos e saudações de boas vindas. Somente a leitura pelo apresentador Paulo José do decreto de cassação, com seus signatários, trouxe à festa o ruído das vaias, especialmente quando foram citados os nomes do General Médici e do seu Ministro da Saúde, Francisco Paula Rocha Lagoa, apontados como os principais responsáveis pelas cassações.

O retorno dos cientistas revestiu-se de um significado muito especial, traduzido nas palavras de Sérgio Arouca, Presidente da FIOCRUZ, como "uma retomada do caminho: a recuperação das coleções, a reconstrução dos laboratórios. Enfim, o primado da competência sobre a prepotência". Esta dicotomia, entre o saber e o autoritarismo, foi representada por Claudio Correia e Castro e Antonio Pedro, ao encenarem trechos da peça de Brecht "Galileu Galilei".

Os discursos das inúmeras autoridades presentes revestiram-se de condenações à arbitrariedade praticada contra os cientistas e pedidos de desculpas em nome do novo Brasil. Renato Archer, Ministro da Ciência e Tecnologia foi enfático ao classificar de "trágica a decisão da ditadura de banir aqueles que poderiam continuar servindo ao país". E concluiu pedindo "perdão em nome dos insensatos que os baniram deste Instituto". Roberto Santos, Ministro da Saúde, afirmou que "foram imensos os prejuízos causados à comunidade pelo afastamento dos cientistas". Após a cerimônia, Roberto Santos acrescentou que os contratos dos retornados serão prorrogados por prazo indeterminado. "Ninguém irá cogitar que estes pesquisadores voltem a ter seus trabalhos interrompidos" – disse ele.

Falando em nome de seus companheiros cassados – Herman Lent, Moacyr Andrade, Augusto Perissé, Hugo Souza Lopes, Sebastião Oliveira, Fernando Ubatuba, Tito Arcoverde, Massao Goto e Domingos Machado Filho – Haity Moussatché fez um histórico das mais de três décadas de trabalho de cada um na instituição, até a punição, e lembrou que todos foram afastados após inúmeros inquéritos que nada provaram contra eles; finalizou citando a oportuna frase de Oswaldo Cruz: "Não esmorecer para não desmerecer".

A festa terminou com os acordes de "Sabiá", de Chico Buarque e Tom Jobim ("Vou voltar/ sei que ainda vou voltar/ para o meu lugar...") e uma revoada de pássaros, soltos de suas gaiolas para habitarem livremente os bosques da Fundação Oswaldo Cruz.

• FALECIMENTO

Masao Goto, 67 anos, de enfarte. Fluminense, médico formado pela Faculdade Nacional de Medicina em 1942, cientista especialista em Micologia do Instituto Oswaldo Cruz, Masao foi reintegrado na FIOCRUZ, junto com os demais cassados do "Massacre de Manguinhos", 20 dias antes de sua morte. Masao Goto faleceu em sua casa, em Laranjeiras. Deixa viúva Marcelina Mochel e seis filhos. A comunidade de Manguinhos, consternada, despede-se de seu colega e inestimável amigo.

FIOCRUZ

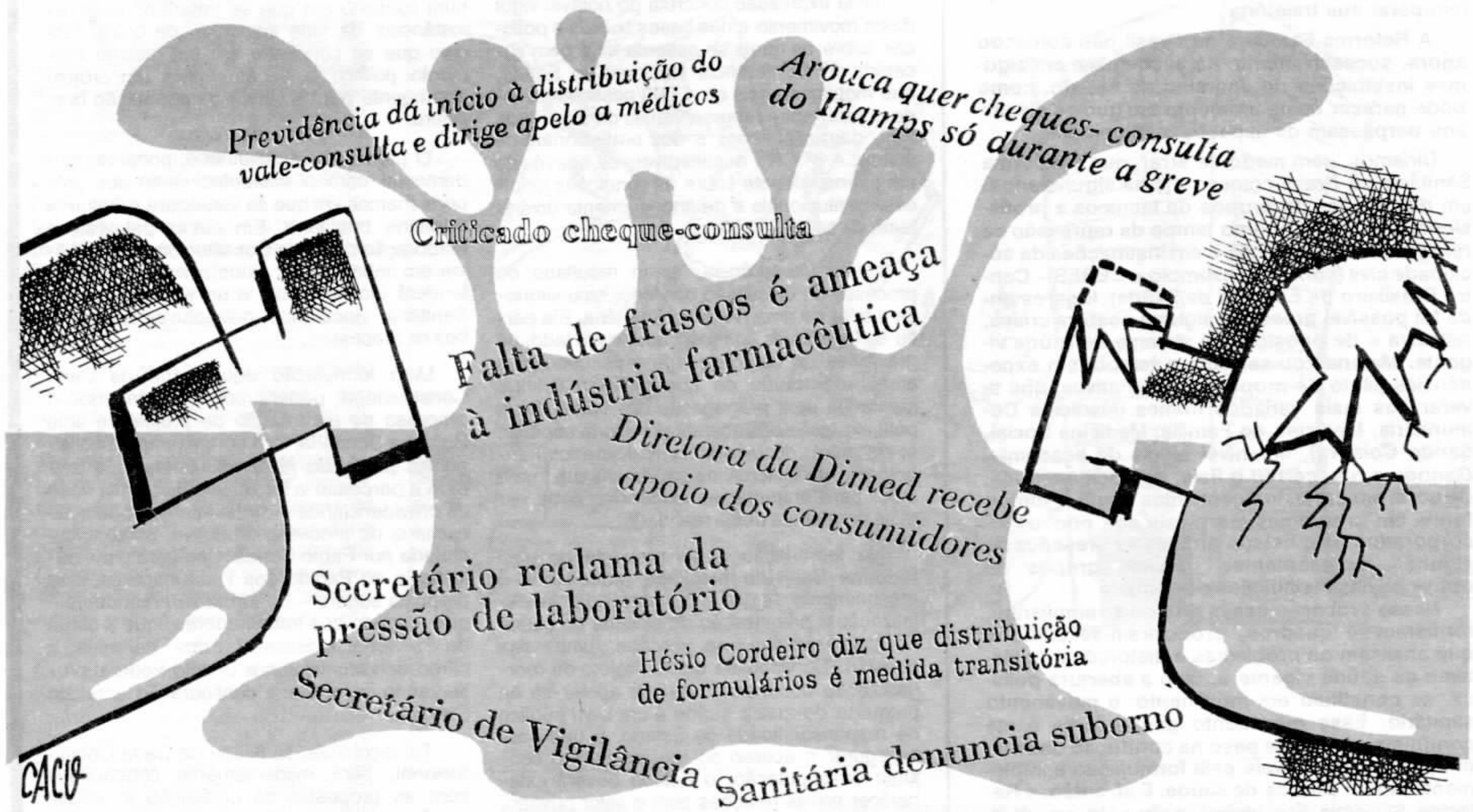
súmula

15

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Manguinhos

ANO IV/DEZEMBRO DE 1986



AS CRISES DA SAÚDE

No mês de agosto configurou-se uma grave crise no setor de medicamentos, que perdura até hoje. Nas farmácias, a desaparição de muitos remédios acrescentou ao consumidor mais um item em sua lista de faltas. E por tratar-se eventualmente de medicamentos essenciais, tal fato revestiu-se muitas vezes de conotações dramáticas. Algumas entidades da sociedade civil fizeram levantamentos e constataram que chegava a mais de oitenta o número de medicamentos que, literalmente, "desapareceram" do mercado.

Na área de produção, a falta de diversos insumos para a confecção de medicamentos e a redução de entrega de vidros para embalagens, por parte das indústrias, desvendou muito mais coisas do que um simples despreparo para atender a um rápido aumento da demanda. O lançamento de vários produtos "maquiados", com preços evidentemente maiores que os estipulados para seus similares, tornou-se uma prática generalizada por todo o país.

No espaço institucional, as inúmeras pressões pela demissão de Suely Rosenfeld da direção da DIMED – Divisão Nacional de Medicamentos – confrontaram-se com um avassalador movimento de resistência democrática, desenvolvido por profissionais, associações e instituições das mais diversas áreas, empenhados todos na continuação da proposta de trabalho desenvolvida por Suely.

Sobre este "campo crítico" instaurado na área de medicamentos fomos conversar com o Dr. Oswaldo Campos, sem dúvida uma das maiores autoridades sobre o assunto. Dr. Oswaldo é médico sanitarista, superintendente da FURPE – Fundação do Remédio Popular do Estado de São Paulo; Coordenador da CMB – Coordenação dos Medicamentos Básicos – Gabinete do Secretário/Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Saúde Coletiva fez seu 1º Congresso Nacional

A declaração final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO está na pág. 4

A Reforma Sanitária toma corpo (pág. 5)

Mortalidade Infantil: os métodos de cálculo das taxas. Opinião (pág. 15)

REFORMA ADMINISTRATIVA

FINEP

No início do mês de setembro correram rumores de que no bojo da Reforma Administrativa que vem sendo preparada pelo governo, estaria a proposta de extinção da FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos do Ministério de Ciência e Tecnologia. Em artigo publicado no Jornal "Tribuna da Imprensa", Marcio Moreira Alves denuncia que estaria sendo prevista "a extinção da empresa, com o repasse do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico para o BNDES", observando ainda que esta notícia estaria sendo escamoteada à comunidade científica e ao Congresso Nacional.

Embora nada de concreto tenha sido noticiado, nunca é demais lembrar que onde há fumaça há fogo. Ao que tudo indica, esta é mais uma investida daqueles que, abanando brasas, querem provocar uma fogueira atacando, sem qualquer justificativa aceitável, este órgão fundamental de fomento à autonomia científica e tecnológica no país.

IBGE

Já está na mesa do Ministro João Sayad o projeto de Reforma Administrativa do IBGE, sob a orientação de Edmar Bacha. As sugestões principais seriam reduzir de sete para quatro o mínimo de diretores da instituição, a eliminação de cerca de 1.000 cargos em comissão e a extinção de 17 superintendências.

A proposta seria louvável se os objetivos fossem apenas os de racionalizar o funcionamento da máquina estatal. O problema está nas diretorias que seriam extintas. Parece que uma que deixaria de existir seria a que trata dos estudos dos indicadores sociais, que passariam a ser um apêndice daquela que trata dos índices de política econômica. Como não é apenas uma questão de nomes e subordinações, essa mudança significaria um retrocesso importante no IBGE, depois de tantos anos de luta para estruturar um setor que privilegiasse o melhor conhecimento da área social.

Se é correto que a burocracia está "inchada", também não é menos certo que não se pode fazer mudanças arbitrárias sem uma melhor discussão. Está na rua o debate.

REFORMA SANITÁRIA

INSTALADA A COMISSÃO NACIONAL

Um importante passo para o projeto de transformação no setor saúde foi dado em Brasília, no dia 9 de setembro, com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Esta importância advém das atribuições desta Comissão: propor, num prazo de 180 dias, um novo modelo de sistema de saúde unificado e descentralizado em nível municipal – de forma a garantir acesso e atendimento pleno à população, como direito adquirido e dever do Estado, como ficou decidido na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A Comissão é formada por 24 membros: 12 representantes do governo e 12 da sociedade civil (veja quadro), inclusive dos serviços privados de saúde.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi criada através de portaria interministerial assinada pelos ministros da Saúde, Roberto Santos, da Previdência Social, Raphael de Almeida Magalhães, e da Educação, Jorge Bornhausen. Sua instalação se deu em Brasília, no dia 9 de setembro deste ano e a Comissão ficou assim constituída:

Coordenação: José Alberto Hermógenes (Secretário-Geral do Ministério da Saúde); **Fundação Oswaldo Cruz:** Sérgio Arouca (Presidente); **Ministério da Previdência:** José Saraiva Felipe (Secretário de Serviços Médicos) e Hésio Cordeiro (Presidente do Inamps); **Ministério da Educação:** Paulo Elpídio (Secretário de Educação Superior); **Ministério do Trabalho:** Antonio Alves de Souza (Subsecretário de Medicina do Trabalho); **Ministério do Desenvolvimento Urbano:** Carlos Henrique Alves Mendes (Secretário de Saneamento); **Ministério da Ciência e Tecnologia:** José Eduardo Cacciolato; **Seplan:** Sólon Magalhães Viana (Coordenador da Área de Saúde do IPEA); **Secretarias Estaduais de Saúde:** Ronei Edmer Ribeiro (Presidente do CONASS e João Yunes (Secretário de Saúde de São Paulo); **Secretaria Municipal de Saúde:** Nelson R. Santos (Campinas); **CONTAG:** André Montalvão da Silva (Secretário-Geral); **CUT:** Maria Luiza Jaeger (RGS); **CGT:** Roberto Assis Ferreira (Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro); **Confederação Nacional das Indústrias:** Maria de Fátima Mota (Coordenadora Técnica de Higiene, Segurança Industrial e Controle de Poluição); **Confederação Nacional do Comércio:** Francisco Dellaxe (Presidente da Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde); Confederação Nacional de Agricultura: a definir; **Confederação Nacional das Misericórdias:** Geraldo Justo (Presidente); **Federação Nacional dos Médicos:** Carlos Saraiva (Vice-Presidente); **Federação Brasileira de Hospitais:** Sílio Andrade (presidente); **CONAM:** a definir; **Presidente da Comissão de Saúde da Câmara Federal:** Dep. Carlos Sant'Anna; Presidente da Comissão de Saúde do Senado.

A Secretaria Técnica ficou a encargo do Prof. Arlindo Fábio Gomes de Souza, Vice-presidente de Desenvolvimento da FIOCRUZ, que vai coordenar as atividades dos vários grupos de trabalho daquela secretaria.

Durante a cerimônia de instalação, o Ministro da Saúde, Roberto Santos, afirmou que a melhoria da saúde da população só será possível através da regionalização dos serviços, integração de todo o sistema e criação dos distritos de saúde. O ex-ministro da Saúde, Carlos Sant'Anna, enfatizou a importância do momento, lembrando que o Brasil já perdeu dois importantes espaços para iniciar a Reforma Sanitária: no início da Nova República, quando não houve consenso para a transferência do Inamps para o Ministério da Saúde, e, com isso, a unificação dos serviços de saúde; e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, pois nada de concreto foi consumado no setor. Advertiu Carlos Sant'Anna que a última esperança é a Assembléia Nacional Constituinte, pois se não acontecer desta vez, "a Reforma não será implantada neste século".

Mas para Sérgio Arouca, Presidente da FIOCRUZ, "o governo assumiu, definitivamente, a reforma do setor saúde, que será feita por três ministérios – Saúde, Previdência Social e Educação – garantindo o encaminhamento das propostas aprovadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde." Arouca acredita que não há mais tempo para esperar e defende a execução gradual das propostas que serão debatidas na comissão para a reformulação da política nacional de Saúde.

O presidente da Comissão de Reforma Sanitária, Luiz Alberto Hermógenes, Secretário-Geral do Ministério da Saúde, também é de opinião que muitas propostas que serão aprovadas pela Comissão não devem esperar pela Constituinte para serem implantadas. Ressaltou ainda que a necessidade de participação da população na gestão destas medidas e de um amplo controle social.

Falando em nome da comunidade científica, representada pela Abrasco, o Prof. Paulo Buss apoiou a iniciativa e manifestou a posição de "vigilância crítica" que a comunidade científica manterá em relação aos desdobramentos dos trabalhos da Comissão e dos ministérios envolvidos.

Os trabalhos da Comissão tiveram início com uma tese de consenso entre todos os 24 participantes: "Nada de radicalismos. Nem estatização nem privatização dos serviços de saúde. O importante é que a população seja atendida, e bem, quer seja por parte dos serviços públicos ou privados. Há otimismo com relação aos trabalhos da Comissão de Reforma Sanitária. João Yunes, representante dos secretários de saúde, sintetizou o que acredita ser a aspiração da maioria dos componentes da Comissão: "chegou a vez de ser feita uma Reforma Sanitária nos mesmos moldes e importância como foi deflagrada a reforma econômica".

Deverão ser realizadas entre nove e dez encontros da Comissão até concluir a proposta de unificação do sistema de saúde e todas as demais medidas de transformação do setor. Para acompanhar de perto este importantíssimo processo, o Projeto RADIS lançará uma publicação especial, o *JORNAL DA REFORMA SANITÁRIA*, trazendo o noticiário completo, as opiniões dos profissionais do setor e os documentos principais da Reforma Sanitária. Aguardem.

• CONSELHO REATIVADO

Um fato significativo foi ressaltado pela imprensa: a reativação, dois dias antes da instalação da Comissão de Reforma Sanitária, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – paralisado há sete anos. O Ministro da Saúde, Roberto Santos, indicou para reestruturá-lo quatro professores médicos, além de três representantes dos Ministérios da Previdência, Seplan e Educação. Este Conselho é normativo e deverá assessorar politicamente o Ministro. O CNS deverá ser presidido pelo ex-presidente da Central de Medicamentos e ex-senador Gilvan Rocha.

SEQÜELAS SOCIAIS

Com a proximidade das eleições para a Assembléia Constituinte, os segmentos sociais se unem para fazerem valer suas reivindicações e posturas. Visando à definição e à garantia dos direitos dos portadores da Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (Aids) na futura Constituição, reuniram-se, em meados de agosto, representantes dos chamados "grupos de risco" (homossexuais, viciados em drogas injetáveis e hemofílicos) juntamente com juristas e especialistas do Ministério da Saúde.

A reunião, realizada em Brasília, foi fruto da iniciativa de Maria Leide de Oliveira, diretora da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e foi bem aceita pelo Ministro da Saúde, Roberto Santos. Os assuntos discutidos giraram em torno de questões bem conhecidas dos grupos de risco, como a discriminação no emprego e na assistência médica. Paulo Cesar Bonfim, presidente do Grupo de Apoio e Prevenção de Aids em São Paulo, declarou que o portador da síndrome sofre discriminação mesmo depois de morto, "porque há capelas que não permitem que o corpo seja velado ali".

Embora a participação dos homossexuais em debates com a finalidade de definir medidas de proteção aos doentes da Aids seja prática comum nos Estados Unidos desde as primeiras manifestações da moléstia, é a primeira vez que o governo brasileiro busca ouvi-los. Luís Mott, antropólogo e presidente do Grupo Gay da Bahia (única entidade gay registrada e reconhecida legalmente no Brasil), considera este fato uma mudança fundamental na orientação do Governo Federal e, em particular, do Ministério da Saúde.

Já Paulo Bonfim, apesar de esperançoso, não acredita na inclusão dos direitos dos portadores da síndrome na nova Constituição, visto que tudo indica que ela será extremamente conservadora. Ele afirma que não serão leis que irão pôr fim aos "sutis constrangimentos" impostos hoje a esses grupos.

• ATUAÇÃO DO GOVERNO

Os esforços do Ministério da Saúde têm sido evidentes. Iniciando em setembro o programa de tratamento precoce e padronizado dos portadores da doença, até mesmo antes do diagnóstico laboratorial, o Ministério espera que o INAMPS assuma parte da assistência médico-hospitalar e também as medicações desses pacientes.

Outra medida importante, dessa vez a nível estadual, é a reforma do Hospital São Sebastião, no Rio de Janeiro, já em fase final de execução. O hospital, único do estado especializado em doenças infecto-contagiosas, reinaugurou seu Pavilhão Clementino Fraga, destinando 16 de seus leitos a portadores de Aids. Sérgio Wilson Nóbrega, diretor das divisões médicas do São Sebastião, disse que a cada semana são registrados dois novos casos da doença no estado do Rio de Janeiro. Acrescentou ele que agora o Rio se iguala a São Paulo, que já possui um setor específico de internação para Aids, no Hospital Emílio Ribas.

• ACERTANDO APENAS PELA METADE

O Ministério da Saúde analisará os lotes de *kits* vendidos pelas multinacionais para diagnosticar o vírus da Aids, porque 50% dos resultados obtidos em um dos três tipos de testes comercializados no Brasil são falsos. A denúncia é de Laís Guerra de Macedo, coordenadora do Programa de Prevenção da Aids da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde. Ela declarou que o Ministério não deverá liberar os *kits* aos bancos de sangue oficiais, aguardando o fornecimento de um *kit* nacional, produzido pela FIOCRUZ, bem mais barato que o importado. A FIOCRUZ já produz testes-diagnósticos para Aids em pequena escala, no departamento de Imunologia do Instituto Oswaldo Cruz. Paralelamente está montando sua linha de produção de *kits*-diagnósticos para abastecer todos os laboratórios oficiais em nível nacional, o que se espera que aconteça no 2º trimestre do próximo ano. Para tal fim acaba de ser assinado convênio de cooperação com o Ministério da Saúde.

• CLUBES DE SANGUE NOS EUA

O medo de contrair Aids através de transfusões tem levado muitos empresários americanos a criarem bancos que congelam e armazenam o sangue dos "clientes", que se dispõem a pagar uma taxa de 50 a 150 dólares pelo serviço, para o caso de qualquer eventualidade em que necessitem de transfusão. O mesmo temor está fazendo com que amigos e parentes se comprometam a doar sangue uns aos outros, constituindo o que informalmente já se conhece como *Clube de Sangue*. Esta tendência tem preocupado as autoridades médicas, que vêem no procedimento total descrédito na segurança dos bancos oficiais. Descrédito, segundo eles, infundado, visto que o aperfeiçoamento dos métodos desses bancos oficiais para verificar se o sangue está contaminado ou não vem tornando a coleta cada vez mais segura. Eles confirmam também que a criação de bancos de sangue paralelos, por iniciativas individuais, exclui imensa parcela da população que, não tendo possibilidades financeiras, não pode fazer a sua "reserva" de sangue para qualquer emergência. Além disso os testes obrigatórios, que asseguram que a própria pessoa, parentes ou amigos não são portadores de Aids, são os mesmos que são utilizados para o exame do sangue coletado "sem destino certo". Isso evidencia mais uma artimanha dos empresários da saúde para lucrar com o medo das pessoas com a doença.

EM BREVE

PUBLICAÇÕES

TEMA E DADOS

NÚMEROS ESPECIAIS SOBRE

AIDS